Nr. 23. 9. czerwca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

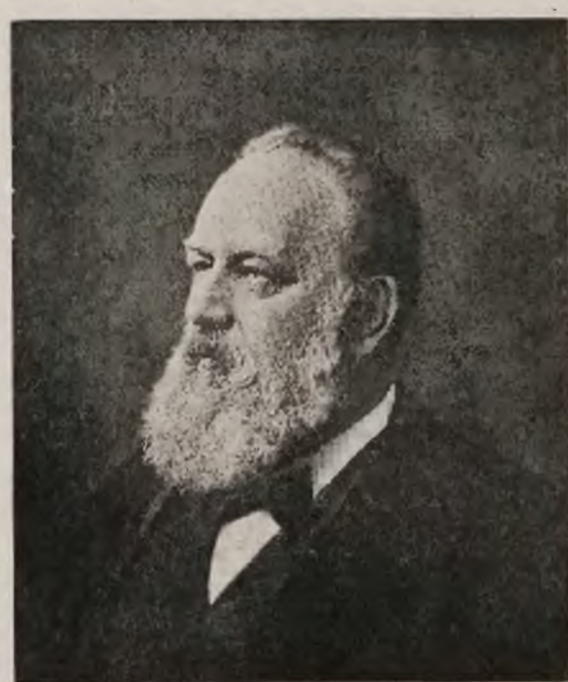
Dr. Maksymiljan UNGAR (Lwów).

Prof. Dr. Teodor BILLROTH.

Dnia 26 kwietnia b. r. minęło 100 lat, jak ujrzał światło dzienne Krystjan Albert Teodor Billroth. Billroth nie był tylko jednostronnym chirurgiem, lecz również wiele zdziałał i w innych działach medycyny. Mąż ten w całem swem życiu owiany był poetyczno-romantycznym duchem i jeżeli użyjemy porównania Nothnagla, mógł śmiało uchodzić za typ mistrza-chirurga z okresu renesansu. Wśród wybitnych lekarzy 19-go wieku stoi on w równym rzędzie z Dupuytrenem. Był naturą wszechstronną. Łączył w sobie szlachetność czułego serca z ogromem bogactwa naukowego, chęć ulżenia cierpieniom chorych, nadzwyczajną energję, i zmysł organizacyjny z miłością do muzyki i podziwem dla poezji. Kto do rąk weźmie, abstrahując od jego prac naukowych, rozległe jego korespondencje z przyjaciółmi i kręgiem znajomych, ten obok nielicznych słabostek, pozna nieskazitelny i czysty charakter Billrotha.

Krystjan Albert Billroth urodził się 26 kwietnia 1829 r. w Bergen na wyspie Rugji. Dziwnym zbiegiem okoliczności, podobnie jak Langenbeck i Bergmann był synem pastora. Ojciec odumarł go w 5-tym roku życia, a matka chora na płuca, pomogła młodemu Billrothowi zwalczać pierwsze przeciwności życia. Po śmierci ojca matka przeniosła się do Greifswaldu, gdzie uczęszczał do gimnazjum, które kończy w roku 1848. W gimnazjum nie uczył się dobrze. Specjalne zamiłowanie okazywał dla historji i literatury oraz nadzwyczajny pociąg do muzyki. I w rzeczywistości muzyka miała się stać Egerją dla niego, w której znajdywał siłę i radość życia w poważnym i ciężkim swym zawodzie. Poeta Volkmann i muzyk Billroth są głównymi, charakterystycznymi przedstawicielami chirurgów niemieckich XIX-go wieku. Z trudem matka, którą kochał gorąco odwiodła młodzieńca od stanowczego zamiaru poświęcenia się muzyce. W roku 1848 znajdujemy go wśród słuchaczy medycyny uniwersytetu w Greifswaldzie, lecz i tu oddaje się intenzywnie muzyce. Pociąg do niej złączył go z Meissnerem, uczniem a później następcą fizjologa Wagnera. Obaj uczniowie z Wagnerem udają się w podróż naukową do Tryjestu, celem badania nerwów drętew *(torpedinidae)*. Odwiedzili po drodze uniwersytety w Güssen, Marburgu, Heidelbergu i Wiedniu. Medycynę studjował z namowy zaprzyjaźnionego z rodziną chirurga Bauma i farmakologa Seiferta. Zamiłowanie do przyszłego zawodu nabył dopiero po ukończeniu pierwszego semestru, gdy z Greifswaldu przeniósł się za Baumem do Göttingen. W Göttingen przez zwykły przypadek zaczął się zajmować naukami przyrodniczemi, z któremi nie zerwał kontaktu do ostatnich lat swego życia. Tu całą duszą oddaje się pracy, przezwyciężając ostatecznie swą miłość do muzyki. U fizjologa Rudolfa Wagnera zapoznał się dokładnie z mikroskopem. Chirurg Baum, jakkolwiek sam nie był badaczem ani wybitnym pisarzem, posiadał olbrzymi wpływ na młodego ucznia Eskulapa. Billroth wspomina go: „Był pierwszym, który wskrzesił w mej duszy iskrę natchnienia dla wszystkiego, co dobre i szlachetne w nauce". W r. 1851 umiera matka. Mówił o niej, że przy jej śmierci włożył do grobu tyle miłości, że przez całe życie nie był w stanie jej odzyskać. Nie zostawiła mu żadnego majątku. Wspierany materjalnie przez babkę, kończy w r. 1851 studja w Berlinie. W Berlinie pracował pod kierunkiem sławnego Langebecka, Schönleina, Romberga i Traubego; Traube wprowadził go do patologji eksperymentalnej z którego to działu wyszła jego praca dyssertacyjna. *„De natura et causa pulmonum affectionis, quae nervo utroque vago dissecto exoritur"*. 30 września 1852 promował się. Po ukończeniu służby wojskowej w roku 1853 spotykamy Billrotha we Wiedniu, jako słuczacza Rokitańskiego, Opolzera i Hebry. Krótko był w Paryżu, gdzie spotyka się ze swym nauczycielem Baumem i Meissnerem. Po powrocie z Paryża osiedla się w Berlinie, jako praktykujący lekarz, lecz szczęście mu nie sprzyjało: w ciągu dwóch miesięcy nie miał ani jednego pacjenta. Przypadkowo zetknął się ze swym rodakiem Fockiem, asystentem Langenbecka, który skłonił go do ubiegania się o uwolnione miejsce asysenta na klinice chirurgicznej. Miejsce to w rzeczywistości otrzymuje w r. 1853. Następuje teraz zwrot zasadniczy w jego życiu. Jako asytent zajmuje się systematycznie badaniem histologicznem nowotworów. Habilituje się w r. 1856 na docenta anatomji patologicznej i chirurgji. Jako docent odwiedza Holandję i Anglję, stara się o miejsce dyrektora szpitala i głównego chirurga w Gdańsku, lecz spotyka się z odmową, podobnie jak i na wielu innych posadach. W tym okresie powołanym zostaje do objęcia katedry patologji w Greifswaldzie, lecz odmawia, mając stanowczy zamiar poświęcenia się wyłącznie chirurgji; zostaje na klinice Langenbecka.

Rozwój naukowy Billrotha był stanowczo teoretyczny, albo przynajmniej teoretyczno-praktyczny. Entuzjazm dla wielkiego



Jana Müllera, intymna i stała duchowa łączność z Ernestem Brückem, wychowanie medyczne, otrzymane pod egidą Schönleina i Traubego w Berlinie, w końcu i wpływ Bernarda Langenbecka, *„der sich vom Lehrstuhle der Phisiologie erhob, um den Thron der deutschen Chirurgie zu besteigen*[1]*)*, były przyczyną, że chirurgję pojmował nietylko z punktu widzenia technicznego, lecz w równej mierze uznawał kierunek anatomiczno-fizjologiczny. Również skłonność Billrotha, objawy nautry zgłębiać do dna, była przyczyną, że badania Billrotha przez blisko 20 lat były po największej części natury teoretycznej. Ujęcie całokształtu wiedzy lekarskiej i nauk przyrodniczych oraz bodźce w tym kierunku udzielane stale uczniom, wyjaśniają dokładnie, dlaczego Billroth stał się nauczycielem i badaczem na polu medycyny ogólnej: *„An den Grenzen eines Menschenalters angelangt, habe ich ein reiches Leben hinter mir, ein Leben, welches in eine der bedeutendsten Entwicklunsepochen unserer Wissenschaft fiel, in eine Zeit, in welcher die Eiche der Chirurgie dicht neben dem unerschöpflichen Born der Naturwissenschaft der Anatomie und Physiologie, gepflanzt wurde und aus ihm stets neue Nahrung sog"* (Billroth). W roku 1860 zostaje powołany do Zurychu, jako zwyczajny profesor chirurgji. W Berlinie wydaje swoje *„Beiträge zur pathologischen Histologie"*, jakoteż *„Entwicklung und Diagnose der Geschwülste"*. Ta ostatnia praca była początkiem szeregu prac histologicznych o nowotworach i wzbudziła w nim głębokie zainteresowanie się tym przedmiotem, które cechuje Billrotha przez całe życie i odzwierciedla się w sze-

[1]) W. M. W. Nr. 7 z r. 1894.

regu prac jego, oraz jego uczniów: Czernego (Billroth-Czerny: *Beiträge zur Geschwulstlehre,* w którem poraz pierwszy znajdujemy opis *sarcoma alveolare),* Eiselsberga (przypadek transplantacji *fibro-sarcoma* u szczura), Billrotha *(Scirrus glandulae tyrrhoideae)* oraz Frischa, Mikulicza, Gussenbauera i innych.

Jeszcze przed powołaniem do Zurychu wydał Billroth większy szkic historyczny o ranach postrzałowych od 15-go wieku do roku 1859. Billroth zajmował się chętnie studjami historycznemi medycyny. Często uskarżał się Billroth, że młodzi lekarze i studenci za mało okazują zainteresowania dla historji medycyny [2]). Jakkolwiek nie wydał oprócz powyższego studjum żadnej innej pracy z historji medycyny to jednak w swoich wykładach zawsze podawał historyczny rozwój pojedynczych chorób i operacyj.

Życie Billrotha można podzielić na trzy okresy. Pierwszy okres zamyka w sobie lata od promocji aż do otrzymania katedry w Zurychu, był to okres przygotowawczy. Drugi okres nazwałbym zurychskim do r. 1867. Trzeci okres wiedeński zaczyna od objęcia katedry we Wiedniu do roku śmierci 1894. W Zurychu mały uniwersytet dostarczył mu dość możliwości pracy naukowej obok obowiązków nauczania. Głównie rzucił się z wielkim zapałem do badania gorączki ran, ropienia i „akcydentalnych" chorób ran. Ten przedmiot badania stał przez długi okres czasu na czele jego duchowej pracy. Rozpoczął ją z Weberem, a kontynuuje ją we Wiedniu. Zurych oznaczał dla niego ciężką pracę organizacyjną. Stosunki musiały być okropne, skoro uprzytomnimy sobie, że zabiega o kupno nowego instrumentarjum, gdyż dotychczasowe było prywatną własnością prymarjusza. Zrozumiemy dokładnie w jak opłakanych warunkach rozpoczynać musiał pracę. W Zurychu Billroth zaprowadza cały szereg zmian, organizuje służbę w szpitalu, zakreśla pole działania, obowiązki asystentów i służby, wprowadza nowego ducha, podnosi poziom kliniki. Wprowadza dokładne opisy historji chorób i na nich opiera dokładne statystyki; wprowadza mierzenie ciepłoty u chorych chirurgicznych. Leczeniu ran poświęcił Billroth od samego początku baczną uwagę. Już w r. 1861 odstępuje od zakrywania rany szarpiami według metody Langenbecka, używa drenażu Chassaignaca. W r. 1862 wprowadza otwarte leczenie ran, 1865 przygotowuje sam chemiczną watę i używa jej do opatrunków. Metodę Listera, antyseptycznego zaopatrzenia rany, przyjmuje Billroth dopiero we Wiedniu 1875. Jako operator zasłynął Billroth w Zurychu, przeprowadzając dotychczas niewidziane zabiegi. Odmawia powołaniu do Rostocku i Heidelbergu; przyjmuje natomiast powołanie do Wiednia w r. 1867.

O swem powołaniu do Wiednia, tak brzemiennem dla dalszego jego rozwoju, kilkakrotnie wspomina w swej korespondencji, z której widocznem jest, jak wielką wagę przywiązywał do tej nominacji. W połowie marca, w dniach, w których miało się rozstrzygnąć jego powołanie, przeżywa wielkie wzruszenia [3]). Arlt, Pitha i Brücke wspólnym telegramem donoszą mu, że Rada wydziałowa wybrała go następcą Schuha. „Wydział lekarski postanowił powołać na katedrę chirurgji człowieka, od którego spodziewać się można pielęgnowania wiedzy, który się cieszy rozgłosem nietylko w chirurgji praktycznej, lecz również i we fizjologji i anatomji patologicznej, który się okazał genjalnym nauczycielem, operatorem i pisarzem, który znajduje się w męskim wieku i od którego spodziewa się, że jest zdolny wprowadzić najnowsze kierunki do chirurgji i stworzyć szkołę, która posłuży nauce do najwyższego rozkwitu, a uniwersytetowi ku sławie" [4]).

O powołanie Billrotha ubiegali się głównie Rokitańsky i Brücke. Do Wiednia przybywa na zimowy semestr 1867. Pełen zapału do pracy, energji, o genjalnej wprost pracowitości, depcąc nieuzasadnione tradycje, rozpoczyna swą czynność. Organizuje, polepsza klinikę, nie bez walk i tarć. W konserwatywnym Wiedniu jest on *homo novus,* „Prusakiem", jak siebie sam nazywa i protestantem, a co najważniejsza człowiekiem szczerym i otwartym. 38-letni Billroth rozwinął się we Wiedniu w światowego operatora. Czas i doświadczenie uczyniły z odważnego do szaleństwa operatora zurychskiego, zrównoważonego, pierwszorzędnego chirurga. Bodźcem do pracy była mu zawsze chęć ulżenia choremu, usunięcie przyczyny zła drogą starannego przygotowania. Operacja Billrotha, jej sposób przeprowadzenia, wywoływała u widza uczucie, jakie powstaje przy oglądaniu pięknego obrazu sztuki. Resekcja przełyku i szereg innych zabiegów, dokonanych na przewodzie pokarmowym, były czemś nowem, otworzyły szereg nowych możliwości na przyszłość. Historja niemiecka niesłusznie oddaje prymat resekcji żołądka Billrothowi. Péan i Rydygier w latach 1897—1880 wyprzedzili go w tem. Prawdą zaś jest, że chory Billrotha operację przeżył i że udoskonalenie tego technicznego zabiegu było zasługą jego szkoły (Wölfler, Mikulicz, Gussenbauer). Operacja tarczycy była oprócz technicznego sukcesu bodźcem do całego szeregu prac naukowych (Eiselsberg). Epokowemi były również operacje kości i stawów. Liczba jego prac wydanych we Wiedniu jest znaczna. W spisie Gussenbauera znajdujemy 160 prac tłumaczonych na wszystkie prawie języki świata, świadczących o nadzwyczajnej jego pilności. Po przybyciu do Wiednia mianował swym asystentem człowieka, który przedtem nigdy chirurgją się nie zajmował, lecz świetnie opanowywał histologję. Od tego czasu młodzi lekarze, którzy chcieli pracować na klinice Billrotha musieli teoretycznie kształcić się u histologa Strickera. Billroth w krótkim czasie skupił wokół siebie szereg dzielnych współpracowników, którzy pod jego kierownictwem się kształcili, założył własną szkołę, która wydała cały szereg wybitnych chirurgów jak np. Czernego w Heidelbergu, Winiwartera w Luettichu, Woelflera w Styrji i Gussenbauera w Pradze. Billroth miał również zrozumienie dla pokrewnych, z chirurgją w łączności stojących instytucyj lekarskich. Zakłada wespół z Mundym za współpracą arcyksięcia Rudolfa szpital wraz ze szkołą pielęgniarek „Rudolfinerhaus", która do dzisiejszego dnia posiada swą sławę. W swej trosce o wyćwiczenie personalu pielęgniarskiego w r. 1880/1 wydaje książkę „O pielęgnowaniu chorych w domu i w szpitalu" ***(Die Krankenpflege im Hause und Hospitale).*** We wstępie rzuca piękną myśl „Kto innym pomaga, sam sobie stwarza drogę do szczęścia". Szlachetnie pojmuje stosunek pielęgniarki do lekarza, zajmująco przedstawione są wymagania stawiane pielęgniarkom, na pierwszem miejscu stawia wrodzone zamiłowanie do zawodu. Z każdego zdania przemawia doświadczony lekarz, uczciwy człowiek, choć nie osiągnął głębokości Pirogowa. Wierny przyjaciel i uczeń Billrotha Gersuny z woli swego mistrza objął kierownictwo szpitala „Rudolfinum" i kontynuował wydawnictwo jego książki. Ostatnie wydanie okazało się w r. 1919. Billroth starał się również o wystawienie domu dla Wiedeńskiego Towarzystwa Lekarskiego i o wybudowanie nowej kliniki chirurgicznej. Nowej kliniki nie doczekał się z różnych przyczyn podanych w jego listach. Jeśli przy budowie szkoły pielęgniarskiej kroczył drogą, którą przed nim po wojnie krymskiej postępował Pirogow, zmusiła go bieda wojenna, podobnie jak Pirogowa do licznych uwag i projektów organizacyjnych. Billroth przebył w roku 1870 kampanję francusko-pruską i na niej oparł swe dziełko *„Historische und kritische Studien ueber den Transport der im Felde Verwundeten und Kranken auf Eisenbahnen"* 1874.

Billroth nie był z początku we Wiedniu należycie oceniany. Sam podaje, że mieszkańcy Wiednia rzadziej go odwiedzali, aniżeli chorzy z zagranicy. Dzięki jednak niezmordowanej energji i nadzwyczajnej zdolności zdobył sobie, mimo walk z przesądami wielkie poważanie. Dowodem tego były wyrazy czci, okazane mu w roku 1892 z okazji obchodzenia jego 50 semestru we Wiedniu. Ze wszystkich objawów czci najprzyjemniejszym dla Jubilata był hołd, złożony mu przez Edwarda Alberta, przez który chłodny dotąd stosunek tych dwóch sławnych chirurgów zamienił się w serdeczną przyjaźń. Życzeniem prof. Dummreichera było, by jego następcą został Albert, który jeszcze przed Billrothem zajmował się resekcją żołądka i pierwszy wprowadził do Austrji antyseptyczne leczenie ran metodą Listera, mimo sprzeciwu licznych chirurgów austrjackich między nimi i Billrotha. Wydział lekarski za wnioskiem Billrotha proponował obsadzenie katedry po Dummreicherze czeskim Niemcem Czernym, uczniem Billrotha, profesorem chirurgji w Heidelbergu. Trzej przyjaciele Alberta, Hoffmann, twórca medycyny sądowej w pojęciu nowoczesnem, prof. Stricker i psychjatra Meinert założyli votum mniejszości: unico loco Albert. Wbrew uchwale wydziału, za wstawiennictwem hr. Taaffego, prezydenta ministrów, rząd zamianował Alberta profesorem drugiej kliniki chirurgicznej. W tem leżała przyczyna naprężenia stosunków między Albertem a Billrothem. Dopiero jubileusz złączył ich razem.

Jak dalece zajmował się swymi uczniami, niechaj posłuży list wysłany do Czernego, którego po nieudałej interwencji uspokaja. Radzi mu zająć się badaniem nowotworów brzusznych, zapewniając, że w pracy znajdzie zapomnienie, jakie niegdyś on sam znajdował w podobnych sytuacjach. Życie pełne pracy i mała wstrzemięźliwość (dużo jadł, pił i palił) podkopały zdrowie Billrotha. Serce zwolna zaczynało odmawiać posłuszeństwa. Już w roku 1887, gdy przechodził silne zapalenie płuc, stan zdrowia przysparzał mu wiele trosk. Dzięki silnemu ustrojowi i starannej opiece kolegów wydarty został śmierci, lecz życie jego uległo już znacznej zmianie. Często się powtarzające zapalenia oskrzeli wstrzy-

[2]) Wölfler.

[3]) List do prof. Hissa (r. 1867, 7 b).

[4]) Mowa prof. Alberta z 11 września 1892 z okazji 25-letniego Jubileuszu Billrotha.

mywały go od pracy a w końcu zaczęła występować silna dyspnoe, arytmja i objawy zastoinowe. Ledwie naparstnica przezwyciężyła objawy przewlekłej niedomogi mięśnia sercowego gdy z końcem r. 1893 stan się znacznie pogorszył i 6 lutego 1894 umilkło serce na zawsze. Billroth umarł koło Abbacji, jak pragnął z widokiem na morze i góry.

Z dzieł Billrotha trzy zasługują na szczególną uwagę. Są to wyniki jego badań nad zakażeniem rany, chirurgja ogólna i szczegółowa oraz sprawozdanie z pracy od roku 1860 do 1876. Zakażeniu ran poświęca dwie prace: *„Beobachtungsstudien ueber Wundfieber und accidentelle Wundkrankheiten"* 1861 i *„Ueber die Vegetationsformen der Coccobacteria Septica und den Anteil, welchen sie an der Entstehung und Verbreitung der accidentellen Wundkrankheiten haben" 1884.* Na podstawie szeregu doświadczeń doszedł do przekonania, że każda gorączka przy ranie zawiniona jest zatruciem krwi. Przyczyny gorączki są zarazem przyczynami zapalenia. Są to prawdopodobnie drobnoustroje, które działają za pośrednictwem ciał przez nie wytworzonych, chemicznych jadów. Wywoływacze gorączki posiadają prawdopodobnie charakter molekularny. Wstępem do tych studjów były prace histologiczne o gojeniu się ran *(Untersuchungen ueber die Entwicklung der Gefaesse* 1855. *Beitraege zur pathologischen Histologie 1857. Mancherlei ueber Entzuendung* 1868). W szczegółowych pracach stara się zestawić wyniki osiągnięte z mierzenia ciepłoty, wytworzyć jednolity typ klinicznego obrazu gorączki. Próba się nie udała. Autor zbyt silnie stał pod wpływem poglądów Schoenleina i Traubego, że gorączka z rany jest wywołana podrażnieniem. Mimo że Billroth nie wierzył, że pyaemja jest chorobą *sui generis,* lecz jest powikłaniem rany (stąd nazwa Billrotha *„accidentell")* nie miał jednak odwagi twierdzić stanowczo, że pyaemja jest samozakażeniem z rany. W pracy drugiej gorączkę z rany nazywa już gorączką chłonną, zaś pyaemję uważa za jej wyższy stopień. Prawidłowy proces gojenia, wprawdzie histologicznie przebiega pod obrazem zapalenia, nie wywołuje jednak gorączki. Rozkład sekretu rany, gnicie poranionej tkanki, imigracja zakażonych ciał do rany są przyczynami zapalenia. W miejscach zapalnych tworzą się nowe ciała, których wchłonięcie wywołuje gorączkę. Rozkład krwi i uszkodzenie tkanki oraz rozkład ropy są źródłami powstania ciał „pyrogennych", wywołujących zapalenie i gorączkę (flogogennych). Billroth badał mikroorganizmy roślinne, występujące w tkankach gnijących, w sokach tkanki i doszedł do przekonania, że wszystkie te ustroje są tylko różnemi postaciami wegetacyjnemi tego samego gatunku roślin — *„coccobacteriae"*, należących do wspólnego rodu *„oscillariae'.* W zarodnikach znalazł najważniejsze ustroje, warunkujące dalszy rozwój kokko-bakteryj i zagłębił się w badaniach, jak się zachowują tkanki, soki ich oraz wydzieliny najrozmaitszego rodzaju do drobnoustrojów; dalej zajmował się kwestją, czy kokko-bakterja znajduje się i w ustroju żyjącym oraz jaki jest jej stosunek do akcydentalnych chorób. Ciekawem jest, że Billroth przypuszczał, iż we krwi zdrowych i silnych ludzi bakterje się nie znajdują. Poglądom Davaina i Bollingera o bakterjach martwicy i śledziony przeciwstawia swój, że bakterje nie stoją w etjologicznym związku z procesami posoczniczemi *(Sepsis),* że i przy ropieniu jest wegetacja mikrokokków jego naturalnem następstwem. Również przy miejscowych akcydentalnych chorobach rany, róży, zapaleniu gruczołów chłonnych wzgl. ich naczyń i martwicy nie można przypisać przyczyny etjologicznej bujaniu kokko-bakterji, znalezionych w ranie. Billroth, który uważał za konieczne odrzucić etjologiczne znaczenie kokko-bakterji, starał się wytłumaczyć rozszerzenie się procesów zapalnych ciałami charakteru fermentatywnego, które — wywołane zapaleniem — rozszerzają je. Ciała te nazwał flogistycznym zymoidem. Rozwój procesów posoczniczych usiłował wyjaśnić działaniem ciała pokrewnego lub równoznacznego z zymoidem flogistycznym, nazwanem przez niego zymoidem posoczniczym. Ta praca była wyraźną, w silniejsze ramy ujętą, celową kontynuacją badań i przypuszczeń berlińskich. Od hipotezy flogo- i pyogennych substancyj doszedł do zymoidów flogistycznych i septycznych oraz produktów tych fermentów. Te ostatnie utrzymują się na ciałach ustroju w postaci proszku (Billroth styka się tu z nauką Pasteur'a). W pracy o kokko-bakterji sprzeciwia się twierdzeniu jakoby te ciała były produktem bakteryj. Podczas gdy w pierwszych swych pracach uważa za prawdopodobne, że wywoływacze mogłyby być charakteru ciałkowatego, sądził później, że w kokkobakterji znalazł noksę charakteru chemicznego, ponieważ własne spostrzeżenia przekonały go, że niemożliwem jest czynnikom ciałkowatym, drobnoustrojowym, przypisać znaczenia etjologicznego. Mimo, że w bakterjologji osiągnięto wyniki biegunowo przeciwne i obalono zupełnie mylne poglądy Billrotha, Kroenlein nazywa to dzieło wielkiem, przypisując mu znaczenie z powodu całego szeregu nowych myśli. Koch pisze Billrothowi: „Gdy przeprowadzałem pierwsze me badania, stałem pod wrażeniach Waszych prac o kokko-bakterjach posoczniczych i tych wrażeń nie straciłem do dnia dzisiejszego". Prace Billrotha wywołały rewolucję w ówczesnych poglądach. Chciał za wszelką cenę poznać przyczynę zakażenia rany, pracował nad tem dniem i nocą. Nie osiągnął wprawdzie tego czego pragnął, niemniej jednak należy mu przypisać zasługę, że w okresie w którym nie hodowano bakteryj na trwałych pożywkach tylko w roztworze Pasteur'a znał łańcuszkowca i opisał go, jakoteż paciorkowca, którego nazwy *„streptoccus"* użył po raz pierwszy. Któż zliczyć może, coby był odkrył, znając dzisiejszą metodę barwienia i pożywki. Ma się wrażenie, że ta praca na długo wyczerpała siły Billrotha i przeszkodziła mu w dalszych pracach teoretycznych. Od tego czasu bowiem publikuje wyłącznie prawie prace z dziedziny chirurgji praktycznej. Jedynie trzy lata później okazuje się jego *„Mitteilung ueber die Cocco-Bacteria septica"* w której w jasny sposób w przypadku róży gruczołu piersiowego przedstawia przepełnienie naczyń krwionośnych kokkami. Ulubiony ten swój temat omawia ciągle ze swymi asystentami i uczniami na klinice, co objawia się w ich pracach, szczególnie u Gussenbauera i Mikulicza.

Wybitnem dziełem Billrotha, ukazującem go jako niezależnego chirurga i wybornego nauczyciela było *„Lehrbuch der allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie".* Praca ta ukazała się w r. 1863 i do r. 1876 dożyła ośmiu wydań. W r. 1906 drukowaną była po raz szesnasty. Ukazała się we wszystkich językach świata. Sama myśl wydania chirurgicznej patologji była na owe czasy czemś niezwykłem. Dzisiaj uważamy to za coś samo przez się zrozumiałego, gdyż przyzwyczailiśmy się do tego kierunku myślenia. Jeden z jego wybitnych uczniów, Kapeller z Muensterlingu podaje, że książka ta miała na chirurgję reformatorski wpływ. Nowym i pouczającym był sposób ścisłego połączenia chirurgji praktycznej z wynikami teoretycznych badań. Książka ta przedstawia jeden z najbardziej interesujących objawów literackich na polu nauki, dla późniejszych podręczników oraz historji medycyny — wartościowy dokument pojmowania chirurgji w drugiej połowie XIX w. Nigdy nie mógł się zdecydować na wydanie osobno chirurgji szczegółowej, omawia ją w dziele zbiorowem. *„Deutsche Chirurgie"* służyła do szybkiej i dokładnej orjentacji. Również metoda wydawania większych dzieł zbiorowych była zjawiskiem nowem i jedynem w swoim rodzaju. Podczas gdy przedtem we wielkich dziełach chirurgję opracowywano alfabetycznie, według Billrotha i Pithy chirurgja pojedyńczych części ciała powinna być opisywana przez wybitnych lekarzy fachowców. Billroth nie tylko był redaktorem, lecz i współpracownikiem. Opisał dział o opatrunkach i instrumentach. Właśnie w tem miejscu wskazanem jest zaznaczyć w jaki sposób Billroth jako nauczyciel starał się wypełnić stawiane mu zadania i jak starał się chirurgję jako wiedzę rozszerzyć w sferach lekarskich. Należy więc podnieść tu starania jakiemi otaczał szkoły medyczne, szczególnie we Wiedniu. Troska ta przebija się z książki jego p. t. *„Ueber Lehren und Lernen der medizinischen Wissenschaften an den Universitäten der deutschen Nation nebst allgemeinen Bemerkungen über Uniwersitäten"*, która mimo pewnych wzmianek, przez niego samego później za nieodpowiednie uważanych, przedstawia jedno z najważniejszych i nabardziej interesujących źródeł do poznania sposobu nauczania na niemieckich i austrjackich uniwersytetach. Wielkie zasługi zyskał wydaniem wyników swych doświadczeń z dziedziny chirurgji praktycznej. Rozdzielił ja na cztery części: Pierwsza obejmuje czynności w Zurychu (1860—1867), dalsze — okres wiedeński (1869—1870—1871—1876). Billroth żądał w pracy *„Klarheit und Wahrheit"*. Rozumie znaczenie statystyki, wie również że bywa często nadużywana[5]).

Na statystyce oparł również swe doświadczenia. Omawia w swem dziele swój stosunek do metody Listera, którą wprowadził dopiero w r. 1875. Dziwnem się wydaje, że Billroth, który nigdy nie obawiał się zmian, który modernizował klinikę, tak długo bronił się przeciw wprowadzeniu antyseptyki. Wyjaśnia to sam. Odwiedzając Listera w Edynburgu miał wątpliwości co do nieszkodliwości działania antyseptycznych środków, szczególnie kwasu karbolowego[6]) Billroth który już w Zurychu wprowadził otwarte leczenie rany z wynikami zadowalniającemi, zrywając z dotychczasowemi zasadami kliniki Langenbecka, zamkniętego zaopatrzenia rany, nie mógł się pogodzić z metodą Listera, która czasami nie dorównywała jego wynikom. Mimo to na nalegania swych uczniów, wysyła Woelflera do Listera i Volkmanna do Halle, by

[5]) *„So ist die Statistik, wie ein Weib, ein Spiegel reinster Tugend u. Wahrheit, oder eine Metze für Jeden zu allem gebrauchen.*

[6]) Persuny i Steiner 1872 r. „O trującem działaniu kwasu karbolowego".

zapoznał się z antyseptyką. Wölfler wrócił zachwycony i Billroth pozwolił mu w jednym pokoju przeprowadzać leczenia antyseptyczne, mawiając przytem, że czyni tę ofiarę ze względu na Volkmanna. Nie był zadowolony z wyników: „W ogólności metoda ta więcej dostarczyła mi trosk niż radości". Dopiero później okazały się szkodliwe skutki środków antyseptycznych na tkankę a czas przyznał rację Billrothowi. W czasie ostatniej wojny powrócono do metody otwartego leczenia rany. Billroth usunął kwas karbolowy jako szkodliwy dla chorego i używał go tylko do antyseptyki przyrządów. Torował drogę aseptyce (gotowaniem nici jedwabnych). Dopiero po zwiedzeniu kliniki Volkmanna przekonał się jakiem dobrodziejstwem dla ludzkości była antyseptyka.

W części szczegółowej omawia dokładnie zranienia i schorzenia poszczególnych części ciała. Jedno miejsce z książki, aktualne i dzisiaj, a charakterystyczne dla szerokiego poglądu Billrotha warto podać: „Przyznaję, że byłem przez pewien czas zaniepokojony jednostronnem techniczno-terapeutycznem wykształceniem naszych młodych chirurgów i zaniedbaniem kierunku anatomicznego. Każda jednostronność posiada pewne tylko usprawiedliwienie. Wkrótce staniemy na punkcie terapji w tyle. Ilość i rodzaj zabiegów dojdzie szybko do pewnej granicy tak, że zmuszeni będziemy cofnąć się raczej do anatomo-patologicznych i doświadczalnych studjów, aby uzyskać nowe punkty wyjścia, nowe cele i tak ludzkość po spirali postępu powoli posunie się dalej".

Wiele się wprawdzie dzisiaj zmieniło, czas popchnął leczenie na inne tory, aniżeli te, któremi kroczył Billroth, z zainteresowaniem przerzuca się jednak niektóre rozdziały, z których bije szeroki pogląd i duch dążący do poznania prawdy, nie przejaskrawiający. Billroth wyznaje wszystko co przeżył, przedstawia również swe wady. Jako operator budził podziw i zaufanie otoczenia, nietylko u swych uczniów lecz i całego świata. Pewnem jest, że Billroth do operacji dokładnie się przygotowywał. Wiedział dlaczego do operacji przystępuje i z góry miał dokładnie nakreślony plan działania. Najpierw go sobie wypracowywał, przeprowadzał próbnie na trupie lub na zwierzętach. Wielkiego rozmachu doznała chirurgja w dobie antyseptyki, gdy powstawały ciągle nowe myśli i czyny w których talent jego rozwinął się do mistrzowstwa tak, że był uważanym za najpewniejszego i najzręczniejszego chirurga-technika na świecie. Jeden z jego asystentów Dr. Meyer-Imhof w ten sposób wyraża swój podziw dla zręczności operacyjnej nauczyciela: „Jako chirurg wykazywał gibkość palców, graniczącą z wirtuozowstwem. Operował z podziwu godną pewnością siebie i spokojem, aczkolwiek pracował szybko".

Jako do nauczyciela lgnęli do niego wszyscy jego uczniowie. W Zurychu stał w bliższym kontakcie ze słuchaczami, wśród których był uwielbianym. We Wiedniu utarł się sad, że klinika jego nie była dla początkujących i z tego powodu słuchacze chętniej uczęszczali na wykłady Alberta, tembardziej, że Albert posiadał niezrównany dar wykładania. Współcześni wynoszą Billrotha pod niebiosa, jako człowieka [7]). Chirurg szwajcarski Socin prawi o nim: „Billroth był osobistością wybitną, utalentowaną z natury. Bystry pogląd, żywa obserwacja, połączona z twórczą fantazją w pięknej, szlachetnej postaci. Jego głęboko osadzone, żywe, niebieskie oko patrzyło ogniście a uśmiech koło warg był ujmująco miły. W charakterze jego był połączonym zapał do pracy i silna wola z niezwykłą skromnością i powściągliwością w wydawaniu sądów. W osobistem życiu był zawsze w dobrym humorze i pełen radosnego życia, nie lubiał docinać. Miał rzadki dar wynajdywania u każdego dobrych stron". Oprócz głosów jego przyjaciół (Hanslick, Brahms) i uczniów, liczne listy odzwierciedlają rysy jego charakteru. Czuć w nich zdrowy duch i zdrowe ciało, harmonję i radość życia. Z wielu bije sentymentalna nuta, romantyczne ukochanie sztuki i poezji oraz uwielbienie bezgraniczne dla jego z duszą jeszcze dziecięcą zrosłej namiętności — muzyki. Ta była mu po chirurgji drugą jego miłością i odświeżeniem, jak dla Alberta poezja. Znał ją, cieszył się nią, w chwilach smutnych swego życia brał wiolenczelę i w niej znajdywał spokój (Brahms). W Zurychu nauczył się grać na wioli. Próbował również swoich sił kompozytorskich (kwartetа, pieśni dziecięce). Jak każdy człowiek, miał swoich ulubieńców i nieutajone niechęci: nie lubiał Liszta, również Wagner nie przypadł mu do serca. Z kompozytorów słowiańskich przepadał za Dworzakiem [8]), w czem przejawiał się wpływ jego serdecznego przyjaciela Brahmsa. Zajmował się żywo poezją. Albert po zaprzyjaźnieniu się z Billrothem posłał mu przez siebie na język niemiecki tłumaczony tomik poezji czeskich „Poesie aus Böhmen", które wzbudziły zainteresowanie się Billrotha z literaturą piękną słowiańską.

Życie rodzinne było szczęśliwe, jakkolwiek silnie dotknęła go śmierć córeczki. Materjalnie wiodło mu się początkowo nie bardzo dobrze, późniejsze wzmianki wskazują, że stosunki majątkowe były dobre. Dla uzupełnienia życiorysu i pracy tego człowieka należy wspomnieć, że w życiu politycznem nie brał udziału, mimo, że był członkiem Izby panów. Bismarcka nie lubiał (Huber).

Z uwag powyżej skreślonych wypływa, dlaczego świat lekarski w 100 rocznicę urodzin Teodora Billrotha, chyli czoło przed tym człowiekiem, którego duch wyleciał daleko poza granice jednego narodu oświetlając wraz z innemi wielkościami ludzkości mroki nauki i poznania, będąc jednym z ogniw postępu. Można do tego człowieka odnieść słowa wypowiedziane przez Schopenhauera o wielkich ludziach: „Das Charakteristische Merkmal der Geister ersten Ranges ist die Unmittelbarkeit aller ihrer Urtheile. Alles, was sie vorbringen ist das Resultat ihres selbsteigenen Denkens".

Piśmiennictwo.

R. Gersung: Th. Billroth, 1922. — Billroth: Chirurgische Klinik 1871—76. Berlin, 1879. — Hanslick: Memoiren an Billroth. Deutsche Rundschau. Bd. 78, 1894. — Gussenbauer: Wiener Klin. Woch. 1894, Nr. 8. — Albert· Mowa z okazji 25 letniego jubileuszu pracy we Wiedniu. Wien. Klin. Woch. 1892, 41. — Biografja Billrotha we Wien. Klin. Woch. 1894, Nr. 8. — Wyjątki z mów prof. Nothnagla, Alberta i in. w Wien. Klin. Woch. 1894, Nr. 9. — Fischer: Briefe v. Theodor Billroth. Hannover, 1922. — Jirasek: Časopis Českých Lekařů, 1927, l. 6. — Jirasek: Č. Č. L. 1929, l. 15.

Prym. Dr. Stanisław OSTROWSKI. Lwów.

Prosty sposób zapobiegania objawom ubocznym po arsenobenzolach.

(Z oddziału skórnego m. Państwowego Szpitala Powszechnego).

Zaburzenia spotykane w czasie lub po dożylnem wprowadzeniu roztworów neo-arseno-benzolu są groźne dla chorego, dotkniętego kiłą a równocześnie przysparzają niemało troski lekarzowi. Lekarz ucieka się do adrenaliny, stosowanej przed wstrzyknięciem neo-arseno-benzolu lub po nim, jako rozpuszczalnika używa roztwór 40% cukru gronowego, dwuchlorku wapnia i t. p., jednakże środki te w pewnych przypadkach zawodzą. Odnosi się to również do podawania „mixtura acida" Unna-Mühlpford, do jak najpowolniejszego wprowadzenia środka przeciwkiłowego, jak i do zmieszania roztworu z dużą ilością krwi lub surowicy własnej chorego. Z chwilą gdy chory nie znosi neo-arseno-benzolu, lekarz odstawia niejednokrotnie preparat i stosuje jedynie leczenie rtęciowe, bizmutowe, nieraz używając ponadto środka jodowego. Bezkarne stosowanie w niektórych środowiskach leczniczych dużych dawek neo-arseno-benzolu zdaje się pozwala zaliczyć zapatrywania niektórych autorów z Ehrlichem na czele: o błędzie wody i t. p. do historji. Nieznoszenie dawek najniższych i średnich przez chorych nieraz na początku leczenia, jak i występowanie zaburzeń pod koniec 1-szego leczenia lub dopiero w przebiegu dalszych leczeń pozwala przypuszczać, że nietylko jadowitość neo-arseno-benzolu, ale sam ustrój chorego, względnie przemiany w nim zachodzące odgrywają w tym razie niepoślednią rolę. Jakkolwiek jest, odstawienie i pozbawienie chorego tak walnego środka jakim jest neoarsenobenzol, może przynieść choremu niejaką szkodę, wychodząc z dzisiejszego założenia o wartości mieszanego chemicznego leczenia kiły.

W ostatnim roku zwróciłem uwagę, że ilość chorych, oddziałujących objawami ubocznymi na neoarsenobenzol zwiększa się. Na 243 chorych kiłowych, leżących oddziałało 24 chorych objawami ubocznemi, w tem 2 ostrem zapaleniem skóry. Początkowo przypuszczałem, że należy to przypisać wprowadzonemu ostatnio na moim oddziale środkowi „Neosalutan", podobnemu składem chemicznym, barwą i wolnem rozpuszczaniem się w wo-

---

[7]) Z lekarzy lwowskich nadzwyczaj pochlebnie i z uznaniem wspomina radca Dr. Pisek Billrotha, z którym miał sposobność zetknąć się u łoża chorego.

[8]) „Dworzak to ogromny talent. Gdyby był poznany wcześniej, dużoby i wiele dokazał..., pracuje jak Schubert". Podobały mu się „Pieśni cygańskie" i pierwsza symfonja. „Ich finde in der I. Symphonie sehr viel Schönes und trotz aller Beeinflussung von Beethoven u. Brahms, viel Eigentümliches". Sam grywał na fortepianie II symfonię, jak również i sekstet (1887).

dzie do przetworów niemieckich. Przekonałem się jednak — przez porównanie, że dotyczy to w równej mierze „Novarsenobensolu“ Spiess'a a nawet „Stovarsolu“.

Znane środki zapobiegawcze — jak wspomniałem — nieraz zawodzą, a pozatem podrażają leczenie szpitalne. Chodziło mi tedy o sposób możliwie presty w zapobieganiu objawom ubocznym. Wyszedłem z założenia, że adrenalina zapobiega lub niejednokrotnie znosi wstrząs azotynowy. Adrenalina jako jad wegetacyjny, współczulny, wywołuje przejściowe przecukrzenie krwi i czasem powoduje cukromocz. Zajęło mnie tedy pytanie czy wprowadzając cukier trzcinowy doustnie, nie dostanę podobnego działania jak po adrenalinie, a zatem zniesienie objawów ubocznych azotynowych. Wyobrażałem sobie, że cukier wprowadzony do żołądka szybko ulega inwertazie, częściowo dostaje się do wątroby, skąd przez wyzwolenie nieznacznej ilości glykogenu powoduje przejściowe przecukrzenie krwi. Domniemane związanie tedy z jednej strony wątroby, która w przemianie przetworów azotynowych odgrywa zapewne poważną rolę, a myśl o zastępczem działaniu cukru w kierunku wzmożenia napięcia układu współczulnego z drugiej strony, pozwoliła mi na przejście do prób klinicznych.

Zanim będę mógł przedstawić próby uzasadniające lub obalające teoretyczne przesłanki, przedstawię pokrótce na podstawie wyciągów historji chorych wyniki praktyczne, oparte na dedukcji.

Sposób zapobiegania objawom ubocznym po przetworach azotynowych polega na doustnem wprowadzaniu 20-tu gramów cukru trzcinowego na 20 minut przed zabiegiem leczniczym.

1. L. p. 557/28. R. Kol. l. 32. służący — Lues latens. Naciek pierwotny w r. 1916. O. W. ++++ S. G. +++.

I-sze leczenie — 40 wcierań szaruchy. Novarsenobenzolu nie dostawał z powodu nietolerancji; II-gie leczenie — W okresie kiły bezobjawowej w r. 1924. O. W. ++++ S. G. +++ 20 inj. 10% bizmut. subsalicyl. po 2,5 cm³; w r. 1927 O. W. ++++ S. G. +. 20 inj. bizmut. subsalicyl. po 1,5 cm³ (III-cie leczenie). W listopadzie 1928 zgłasza się bez objawów klinicznych O. W. +++. S. G. +.

20. XI. podano na czczo 1 pastylkę „Stovarsolu“ Spiess'a w pół szklance wody. Bezpośrednio po wypiciu roztworu wystąpiły silne bóle głowy, wymioty, — ciepłota 37'2° C; 21. XI. podano ponownie 1 pastylkę „Stovarsolu“; wystąpiły objawy jak poprzednio, nadto ból w krzyżach i biegunka. Odstawiono leczenie „Stovarsolem“.

20. XII. podano doustnie 20 gr. cukru trzcinowego, poczem w 20 minut wstrzyknięto roztwór „Neosalutanu“ 0'15 gr. Chory zniósł preparat dobrze, objawy uboczne nie wystąpiły. Stopniowo zwiększono dawki do 0'45 gr. Chory otrzymał w sumie 2'40 gr. „Neosalutanu“. Znoszenie leku dobre. Samopoczucie dobre.

2. L. p. 564/28. M. Kin. lat 26, zarobnik. Lu. asympt. Zakażenie kiłą przed 4-ma miesiącami.

I-sze leczenie bizmutowo-novarsenobenzolowe z następowem ostrem zapaleniem skóry.

13. XI. 1928 zgłasza się bez objawów klinicznych O. W. ++++. S. G. +++.

18. XI. 1928. Po inj. „Neosalutanu“ 0'15 wystąpiło nieznaczne krwawienie z nosa i rozszerzenie naczyń krwionośnych na dolnej muszli po stronie lewej.

24. XI. Po inj. „Neosalutanu“ 0'30 wystąpiła pokrzywka na twarzy, ramieniu lewem i na piersiach.

25. XI. Ból głowy i ciepłota 38° C.

6. XII. Po „Novarsenobenzolu“ Spiess'a 0'30 wystąpiły objawy podobne.

19. XII. Podano 20 gr. cukru i „Neosalutan“ 0'15. Objawy uboczne nie wystąpiły. Samopoczucie chorego dobre. Odtąd podawano po cukrze „Neosalutan“ po 0'30 w sumie 3'25 gr. Objawy uboczne nie powtórzyły się.

3) L. p. 83/29 St. Iwan, lat 30, woźnica.

Lu. papulosa recidiv.

Zakażenie kiłą w r. 1920.

I-no leczenie mieszane. 23. I. 1929 zgłasza się z objawami na szczycie języka O. W. ++++. G. S. +.

25. I. 1929. Po I-szej inj. „Neosalutan“ 0,15, bezpośrednio po wstrzyknięciu wystąpił zapad, sinica twarzy, duszność, poty, tętno nitkowate, następnie ból głowy, ziewanie, w końcu dreszcze i ciepłota 40° C. 29. I. podano po cukrze „Neosalutan“ 0,15. Samopoczucie dobre, objawy uboczne nie wystąpiły. Odtąd podniesiono dawkę do 0,45; w sumie chory otrzymał 3,25 g „Neosalutanu“; cały czas leczenia znoszenie leków dobre.

4) L. p. 85/29. Al. Cap., lat 30, zarobnik. *Paralysis progressiva.* W r. 1916 przebył malarję i tyfus plamisty. W r. 1920 zakażenie kiłowe O. W. +++. I-e leczenie rtęciowo - neoarsenobenzolowe. W r. 1923. II-gie leczenie. W r. 1924 III-cie leczenie. W r. 1925 IV-te leczenie W r. 1926 *paral. progress. incip.;* przebył leczenie Neoarsenobenzolowo - malaryczne. 22. I. 1929 przywieziono chorego nieprzytomnego. Chory skarży się na ciągłe bóle głowy w nocy, zawroty w dzień, czasami traci przytomność. O. W. —. S. G. —. 3. II. 1929. Po 2-giej inj. „Neosalutanu“ 0,30 wystąpiły nudności, dreszcze i silny ból głowy. 8. II. podano cukier i „Neosalutan“ 0,30. Samopoczucie dobre, objawy uboczne nie wystąpiły. Odtąd zwiększono dawkę do 0,45 g „Neosalutanu“. Chory otrzymał w sumie 3,30 g „Neosalutanu“.

5) L. p. 534/28. J. Diak., lat 24, zarobnik. *Lu. asymptom.* Zakażenie kiłą przed rokiem. 4. XI. 1928 Zgłasza się bez objawów. O. W. —. S. G. —. Chory skarży się po każdej inj. „Neosalutanu“ na ból i zawrót głowy i wymioty. Podano 20 g cukru przed wstrzyknięciem 0,30 „Nesalutan“. Objawy uboczne nie wystąpiły. Samopoczucie dobre. Odtąd znosi leczenie dobrze.

6) L. p. 637/28. J. Klim., lat 20, zarobnik. *Lu lat.* W dzieciństwie przebył szkarlatynę z ostrem zapaleniem nerek i tyfus brzuszny. Przed 4-ma laty zakażenie kiłą. W 1-ym roku przebył niepełne dwa leczenia rtęciowo - neoarsenobenzolowe. 29. XII. 1928. Zgłasza się bez objawów. O. W. —. S. G. —. 12. I. 1929. W pięć minut po 3-ciej inj. „Neosalutanu“ 0,45, chory doznał nawału krwi do głowy, bólu i ściskania w dołku podsercowem, następnie uczucie gorąca, zwłaszcza w zakresie twarzy. W 15-tej minucie wystąpiły silne dreszcze, które trwały godzinę. Ciepłota prawidłowa. Nazajutrz stan chorego dobry. 21. I. 1929 podano „Neosalutan“ 0,15. 22. I. 1929. Na grzbiecie obu rąk i po wyprostnej przedramion wystąpiły liczne drobne powierzchowne, żywoczerwone grudki, ułożone przeważnie dookoła torebek włosowych. 28. I. 1929. Grudki ustąpiły bez śladu. 29. I. 1929 podano 0,15 „Neosalutan“. 3. II. 1929 podano 0,30 „Neosalutan“, w 24 godzin po ostatniem wstrzyknięciu wystąpiły jak poprzednio żywo czerwone grudki, zajmując obecnie również stronę zginaczy kończyn górnych i dolnych. Od 8. II. 1929 podawano cukier przed wstrzykiwaniem „Neosalutan“ 0,30. Samopoczucie chorego dobre. Zmiany uboczne nie pojawiły się.

7) Ambulat. J. Czm. *Sclerosis initialis.* O. W. —. S. G. —. Po trzech wstrzyknięciach „Novarsenobenzolu“ Spiessa występowała rozległa pokrzywka. Po czwartem prócz silnej pokrzywki zanotowano ciepłotę 38° C. Lekarz Kasy chorych skierował chorego z uwagą „unikać Novarsenobenzolu“. Choremu podano 20 g cukru i 0,15 „Neosalutan“. Samopoczucie chorego dobre, objawy uboczne nie wystąpiły. 15. II. podano ponownie „Neosalutan“ 0,15 bez cukru. Po 24-ch godzinach wystąpiła gorączka i ból głowy. Nazajutrz objawy ustąpiły. Odtąd podawano cukier i „Neosalutan“ 0 30 — 0,45. Chory znosił leczenie zupełnie dobrze.

8) L. p. 86/29. P. Tym., lat 18, służący. *Lu asymptom.* Zakakażenie kiłą w lipcu 1928. Jedno leczenie rtęciowo - nowarsenobenzolowe. 2. II. 1929. Zgłasza się bez objawów do leczenia. W kilka minut po wstrzyknięciu 0,15 „Neosalutanu“ wystąpiły silne dreszcze i wymioty, powtarzające się do wieczora. Na czwarty dzień podano 20 g cukru i 0,30 „Neosalutanu“. Samopoczucie chorego dobre. Objawy uboczne nie wystąpiły. Odtąd podawano dawki po 0,45 g. W sumie otrzymał chory 3,45 g „Neosalutanu“. Zaburzenia nie powtórzyły się.

9) L. p. 73/29. Al. Zak., lat 19. *Lues papulosa scroti.* O. W. +++. S. G. +++. Zakażenie kiłą w czerwcu 1927 r. Dwa leczenia bizmutowo - nowarsenobenzolowe. W ciągu drugiego leczenia po piątem „Novarsenobenzolu“ Spiessa 0,45 (1,65 g w sumie) wystąpiły silne bóle głowy i ciepłota 38,3° C. 17. I. 1929 zgłasza się do trzeciego leczenia. Po szóstem wstrzyknięciu „Neosalutanu“ (w sumie 2,25 g), tuż po zabiegu wystąpiły silne dreszcze, ból głowy, nudności i wymioty. 22. I. 1929 podano cukier i „Neosalutan“ 0,30. W pół godziny po zabiegu nastąpił ból głowy. Innych objawów ubocznych nie było. Odtąd podawano po 0,45. Chory znosił leczenie dobrze poza bólem głowy.

10) Pryw. N. N., stud. med. wet., lat 25. *Lu. latens.* O. W. —. S. G. —. Zakażenie w maju 1927. W przebiegu czwartego leczenia występowały po „Nowarsenobenzolu“ Spiessa 0,30 bóle głowy, nudności, ogólne osłabienie, senność. W styczniu 1929 rozpoczął piąte leczenie. Chory otrzymywał „Stovarsol“ po 1-ej pastylce naczczo w pół szklance wody. W dwie godziny po zażyciu „Stovarsolu“ występowały bóle głowy, nudności, ogólne osłabienie, senność. Polecono brać 20 g cukru w godzinę po „Stovarsolu“. Samopoczucie chorego dobre. Objawy uboczne nie wystąpiły. Odtąd chory zażywał po 3 — 4 pastylki „Stovarsolu“ z przerwami co 3-ci dzień. Objawy uboczne nie powtórzyły się.

11) L. p. 92/29. St. Por., lat 24, zarobnik. *Lues maculo - papulosa.* O. W. +++. S. G. +++. Zakażenie w październiku 1928, nie leczony. Po trzeciem wstrzyknięciu „Neosalutanu“ 0,45 (w sumie 0,90 g), wystąpiły silne dreszcze, wymioty i ból głowy. Od-

tąd podawano przed zabiegiem cukier; poza bólem głowy innych objawów nie notowano. Chory otrzymał 4,20 g „Neosalutanu".

12) L. p. 111/29. M. Kris., lat 18, pomocnik złotniczy. *Lues maculo - papulosa.* O. W. +++. S. G. +++. Zakażenie w grudniu 1928. I leczenie w Kasie chorych. 19. II. po pierwszem wstrzyknięciu „Neosalutan" 0,15 wystąpiły u chorego dreszcze, wymioty i ciepłota 39,9° C. Nazajutrz utrzymywała się ciepłota 38,8° C. Przed następnemi wstrzyknięciami „Neosalutanu" 0,30 podawano cukier; z objawów ubocznych wystąpiła jedynie ciepłota 39,2° C i 38.2° C. Przed czwartem wstrzyknięciem „Novarsenobenzolu" Spiessa 0,30 podano 40 g lactosy; objawy uboczne nie wystąpiły, ciepłota była prawidłowa. Odtąd podawano cukier. Chory zniósł dobrze „Neosalutan" w sumie 3,45 g.

13) L. p. 66/29. G. Pań., lat 42, zarobnik. *Lu. lat.* O. W. +++. S. G. +++. Zakażenie w r. 1909. Jedno leczenie przetworami rtęci. W r. 1910/11 drugie leczenie wcierkami szaruchy. 17. I. 1929 rozpoczął trzecie leczenie. Po 3-ciem wstrzyknięciu „Neosalutanu" 0,30 (w sumie 0.90) wystąpiły po 10-ciu minutach, ból głowy, dreszcze i wymioty. Objawy ustąpiły po podskórnem wprowadzeniu adrenaliny. Po czwartem wstrzyknięciu „Neosalutan" 0,30 notowano objawy podobne. 14. II. 1929. Podano cukier, potem „Neosalutan" 0,30. Chory zniósł zabieg zupełnie dobrze. Objawy uboczne nie wystąpiły. 17. II. 1929. Podano cukier i „Novarsenobenzol" Spiessa 0,30. W 15 minut po zabiegu wystąpiły wymioty i bóle głowy. Mimo to stosowano w dalszym ciągu „Novarsenobenzol" i „Neosalutan" po 0,30. Chory zniósł dobrze 4,20 g.

14) Pryw. N. N., lat 30, żona przemysłowca. *Gumma palati.* O. W. +++. S. G. +++. Zakażenie neguje. Przed 10-ciu laty przebyła tyfus plamisty. Nie rodziła, nie roniła. Podano cukier i „Novarsenobenzol" 0,15. W pół godziny po zabiegu wystąpiły silne dreszcze, nawał krwi i ból głowy, chłód kończyn i łamanie w kościach. Nazajutrz osłabienie i uczucie zalegania treści w żołądku. W pięć dni podano cukier i „Novarsenobenzol" 0,30. Chora zniosła zabieg dobrze. Po następnem wstrzyknięciu „Novarsenobenzolu" 0,30 ponownie wystąpiły dreszcze, łamanie w kościach, gorączka. Chora skarży się na uczucie gniecenia w żołądku, ślinotok i brak apetytu. W moczu wykazano barwiki żółciowe. Internista stwierdził: powiększenie wątroby o 3 palce poniżej prawego łuku żebrowego, bolesność na dotyk; rozpoznanie: *Hepatitis acuta.* Leczenie swoiste przerwane.

15) Pryw. N. N., lek. wet., lat 32. *Sclerosis initialis.* O. W. —. S. G. —. Zakażenie w marcu 1929. Przebył w młodości szkarlatynę z następowem zapaleniem nerek. Od młodości nie znosi tłuszczów. 23. III. podano cukier i „Novarsenobenzol" Spiessa 0,15. W nocy wystąpiły dreszcze, nad ranem ciepłota, która 30. III. o godz. 8-mej rano wynosiła 38,6° C. Chory odczuwał ogólne osłabienie, ból w okolicy krzyży, lekki zawrót głowy, brak apetytu, ślinotok. W południe ciepłota spadła do 37,6° C; bóle w krzyżach były słabsze, wzrosło pragnienie, powoli wracał apetyt. Wieczorem chory odczuwał jedynie zmęczenie. Ciepłota 37,2° C. Nazajutrz ciepłota wróciła do normy, chory opuścił łóżko. 6. IV. 1929 podano cukier i „Novarsenobenzol" 0,30. Chory zniósł zabieg dobrze. 14. IV. 1929. Podano cukier i „Novarsenobenzol" 0,30. W minutę po zabiegu chory skarżył się na bicie serca i nawał krwi do głowy. Objawy te rychło ustąpiły, jednak chory w drodze do domu odczuwał silny zawrót głowy, tak, iż musiał położyć się do łóżka. Wieczorem wystąpiły dreszcze. Ciepłota wynosiła 37,8° C. Chory odczuwał osłabienie i wyczerpanie.

15. IV. 1929. Ciepłota 37,5° C. Chory odczuł po raz pierwszy przytłumiony ból w okolicy prawego podżebrza. Równocześnie wzmogło się pragnienie i ślinotok, łaknienie zmalało, język był suchy, obłożony. Chory skarżył się ponadto na ból głowy i gałek ocznych, których poruszanie sprawiało mu ból, źrenice silnie rozszerzone, słabo oddziaływały na światło i przystosowanie. Ogólny bezwład i apatja dopełniały obrazu.

16. IV. 1929. Chory oddał po raz pierwszy kał, zbity, barwy żółto - zielonej, silnie cuchnący. Skarży się na ucisk wątroby, „jakby była przygnieciona ciężarem". Internista rozpoznał: *Hepatitis acuta specifica?* Stan powyższy trwał do 18. IV., przyczem dieta i leczenie objawowe spowodowały powrót łaknienia. Ból głowy ustąpił. Ciepłota wróciła do normy. 20. IV. Chory opuścił łóżko. 24. IV. Chory czuje się zupełnie dobrze, tylko przy głębszym wdechu odczuwa ból w prawem podżebrzu.

* * *

Z przytoczonych przypadków wynika, że cukier trzcinowy wprowadzony doustnie w przeważnej ilości przypadków znosi zaburzenia uboczne, towarzyszące niejednokrotnie przetworom arsenowym. Można z dużem prawdopodobieństwem wykluczyć w tych przypadkach ewentualne korzystne działanie jedynie na psychikę chorego. Zapewne wpływ cukru jest natury chemicznej lub też nerwowej przez podrażnienie układu współczulnego. Wpływ cukru jest w tych przypadkach tak wielki, że jeżeli nie usuwa w całości, to przynajmniej zmniejsza niebezpieczeństwo, związane z jadowitością przetworów arsenowych, lub też nie dopuszcza do pełnego wstrząsu azotynowego, który dla chorego jak i lekarza w praktyce nie może być obojętny. Wartości tej metody nie mogą umniejszyć przypadki, w których arsenobenzol musimy bezwzględnie odstawić. Z góry trzeba bowiem być przygotowanym, że względy biologiczne nie znają 100% wyników korzystnych. Przypadki ostrego zapalenia wątroby w przebiegu leczenia kiły są naogół rzadkie. Trudno przypuścić, by w jednym z nich (przyp. 14) schorzenie to wystąpiło w następstwie rozpadu kilaka wątroby, jak to miało miejsce w przypadku S i r o t y; jeszcze trudniej przypuścić, by u chorego z naciekiem pierwotnym doszło do wczesnego swoistego schorzenia wątroby zanim wystąpił dodatni. O. W. i S. G., choć podobne opisy spotykamy w piśmiennictwie. Raczej należy myśleć o jadowitości „Novarsenobenzolu", który w pierwszym razie u chorej z przebytym tyfusem plamistym, w drugim u chorego z przebytą szkarlatyną i nietolerancją na tłuszcze, natrafiał na narząd o mniejszej wartości i odporności. Czy cukier podany w tych przypadkach przed arsenobenzolem nie odegrał pewnej roli szkodliwej? Nie można z góry zaprzeczyć. W każdym razie może te przypadki byłyby wskaźnikiem, że pod wpływem arsenobenzolu mogą zajść zmiany w wątrobie, że wobec tego żółtaczka po salvarsanie *(Salvarsanicterus)* nie jest tylko domniemany. Jakkolwiek jest, ostatnio przytoczone przypadki winne być przestrogą w nadużywaniu przetworów arsenowych u chorych, u których w wywiadach zanotujemy ostre schorzenia zakaźne, schorzenie przewodu pokarmowego i t. p.

Spostrzeżenia o działaniu doustnem cukru miały poprzednika w glukozie, którą D u h o t z Brukseli zastosował w r. 1922 dożylnie jako 50% roztwór. Mimo tedy, że droga stosowania jest odmienna, mimo. że doszedłem do wyników na podstawie własnej dedukcji muszę je uznać za modyfikację. W każdym razie sposób użycia jest tak prosty, że zdaje mi się godziło się podać go do szerszej wiadomości, zwłaszcza, że zagadnienie teoretyczne mechanizmu działania curkru otwiera drogę do dalszych spostrzeżeń.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. M. HERBST. Kraków.

O włókniakach jajnika.

Z Oddziału położniczego i chorób kobiecych szpitala św. Łazarza.
Prymarjusz: Docent Dr. J. Z u b r z y c k i.

Spostrzeżenia kliniczne dostarczają częstokroć szeregu przypadków, które mimo to, że nie przedstawiają wartości odkrywczych, to przecież same przez się budzą zainteresowanie lekarza, chociażby ze względu na rzadkość swojego występowania. Z tych też przyczyn zasługują one bezwarunkowo na podanie do ogólnej wiadomości.

Do takich zaliczyć należy między innymi i niektóre z nowotworów jajnika. Mam tu na myśli włókniaki jajnika, które jak to dane statystyczne pouczają, stanowią zaledwo 1,7% — 2%, ogólnej liczby guzów jajnikowych (V á r ó, K r ö m e r, F l e i s c h e r, L i p p e r t, R a v a n o, O r t h m a n, O l s h a u s e n).

Właśnie jeden z takich przypadków mieliśmy przed niedawnym czasem sposobność spostrzegać na naszym oddziele.

Krótki wyciąg z przebiegu choroby poniżej przytaczam:

L. 4814/593 z 16. VII. 1928: Dnia 16. VII. 1928 r. zgłosiła się na nasz oddział chora Z. W. lat 25 ze skargami na bóle w krzyżach i dołem brzucha zwłaszcza w boku lewym, zwiększające się 1-szego i 2-go dnia w czasie miesiączki. Pierwsza miesiączka w 14-tym roku życia, następnie co 4 tygodnie regularnie 3 — 4 dni trwające. średnio obfite niebolesne; od roku natomiast miesiączki są przyspieszone, występują co 3-tygodnie, bolesne. Ostatnia z początkiem lipca. Rodziła raz przed 5 laty, poród i połóg prawidłowy.

Badanie przedmiotowe wykazuje: Wzrost średni, budowa ciała prawidłowa, odżywienie mierne. Płuca, serce bez zmian. Narządy ruchu prawidłowe. Powłoki jamy brzusznej prawidłowo wysklepione. Dotykiem stwierdza się, nad talerzem biodrowym lewym guz wielkości pięści, twardy o powierzchni gładkiej, tkliwy, ruchomy.

Badaniem przez pochwę stwierdzono: Macica prawidłowa, przydatki po stronie prawej bez zmian, po stronie lewej natomiast

guz wychodzący z jajnika lewego, gładki, twardy wielkości dużej pomarańczy, ruchomy, tkliwy. Puchliny brzusznej nie stwierdzono.

Na podstawie powyższego obrazu rozpoznano nowotwór jajnika lewego o cechach dobrotliwych. Wobec tego otwarto jamę brzuszną od strony powłok brzusznych i guz ten wychodzący rzeczywiście z jajnika lewego usunięto.

Guz ten oglądany po wyjęciu, okazał się nowotworem o powierzchni gładkiej z lekkiemi zagłębieniami, chrząstkowato — twardy a na przekroju zajmujący swojem utkaniem cały miąższ jajnika, barwy srebrno - ścięgnistej.

Opierając się na powyższych danych rozpoznano włókniaka jajnika a badanie drobnowidowe wykonane w Zakładzie Anat. Patol. U. J. w Krakowie rozpoznanie to w zupełności potwierdziło.

W związku z powyżej opisanym przypadkiem pozwolę sobie podać kilka ogólnych uwag dotyczących odnośnej sprawy chorobowej, której pochodzenie i powstawanie do dziś dnia nie jest należycie jeszcze wyświetlone. Przeważna część badaczy skłania się jednak do przekonania, że tworzenie się omawianych rodzajów guzów stoi w związku z przypadkowemi krwiakami jajnika podobnie jak to się rzecz ma z włókniakami twardymi powłok brzusznych — desmoidy (P f a n n e n s t i e l, L i e b e s k i n d). Wylewy te stanowić mają bodziec, powołujący bujanie tkanki łącznej, co prowadzić ma do następowego rozwoju włókniaków. Zapatrywanie to stara się udowodnić B r o t h e r spostrzeganym przez siebie przypadkiem w którym włókniak jajnika miał się rozwinąć w 6 lat później w miejscu krwiaka zauważonego na odnośnym jajniku w czasie poprzedniego z innej przyczyny dokonanego otwarcia jamy brzusznej. R o k i t a ń s k y i K l o b podają, że punktem wyjścia włókniaka w ich przypadku miało być ciałko żółte, w którym również jak to powszechnie wiadomo przychodzi bardzo często do wylewów krwawych.

Badania przeprowadzone w tym kierunku, czy w powstawaniu włókniaków jajnika nie odgrywa jakiej roli także i wiek chorej, nie doprowadziły do żadnych wyników, — gdyż pomimo to, iż wykazano, że najczęściej przytrafiają się one u chorych pomiędzy 25—30 rokiem życia (B a s s o), to jednak opisywano przypadki zajmującego nas schorzenia w bardzo wczesnym wieku nawet u dziewcząt 14-letnich (M a c d o n a l d), jak z drugiej strony w późnym wieku poza okresem przekwitania (H a l b a n).

Odnośnie do anatomicznego wyglądu guzów nadmienić przedewszystkiem należy, że wielkość ich bywa bardzo rozmaita. Mogą one bowiem wbrew powszechnie przyjętemu mniemaniu dochodzić nawet do bardzo znacznej wielkości. Poucza nas o tem odnośne piśmiennictwo które wspomina o przypadkach włókniaków jajnika, dorastających wagi 30 — 40 kg (S t ü r m e r, S p i e g e l b e r g, O r t h m a n). Bez względu jednak na swoją wielkość (P e n k e r t), rozmieszczenie ich w stosunku do miąższu jajnikowego bywa rozmaite. Rzecz ciekawa, że mogą one zajmować tylko część utkania jajnika, lub też pojawiać się w postaci rozlanych guzów obejmujących cały miąższ jajnikowy. Dosyć rzadko spotykamy je w postaci uszypułowanych tworów (P e n k e r t). Te ostatnie nawet mogą powodować niekiedy omyłki rozpoznawcze tak znaczne jak błędne rozpoznanie nerki wędrującej (M a n o n).

Punktem ich wyjścia jest podścielisko łączno - tkankowe. Tkanka łączna zazwyczaj przeważa, w następstwie czego pod drobnowidem obraz ich przedstawia się jako stosunkowo ubogi w komórki. Nie jest jednak wykluczona i możliwość przewagi komórek i wtedy guzy te przypominają wejrzeniem utkanie mięsaków, stanowiąc niejako pierwszy objaw zapoczątkowanego zwyrodnienia ich złośliwego. Opisywano także obecność licznych włókien mięsnych, leżących luźno lub gromadnie wśród utkania łączno - tkankowego. Nie rzadko także spotykamy w nich zmiany wsteczne jak np. zwyrodnienie szkliste, zwapnienie, martwicę z rozpłynięciem się tkanki i wytworzeniem się jam w utkaniu *(fibroma cysticum ovarii* F l e i s c h e r), wreszcie zropnienie (K i w i s c h, L e e, R o k i t a ń s k y).

Niezmiernie ciekawą jest rzeczą, że nowotwory te posiadające cechy nowotworów dobrotliwych mogą klinicznie powodować powstawanie objawów, spotykanych przy wzroście i rozwoju guzów złośliwych. Z tych wymienić należy przedewszystkiem charłactwo, pojawiające się rzekomo w 50-ciu % wszystkich włókniaków jajnika (P f a n n e n s t i e l), dalej puchlinę brzuszną (R o s e n s t e i n, G l o c k n e r, L i p p e r t), którą stwierdzamy u 72,7% ogólnej liczby chorych na omawiane cierpienie, a w której ilość płynu może być nawet bardzo pokaźna, bo dochodząca niekiedy do 22,5 litra (O l s h a u s e n). Wspomniane jednak objawy kliniczne nie są przeciwskazaniem do wykonania doszczętnego zabiegu zwłaszcza że jak to doświadczenie poucza, wyniki jego naogół są dobre.

Usiłowania teoretyczne, wytłumaczenia powstawania tych ostatnio wspomnianych, ciekawych z punktu widzenia naukowego zjawisk nie są dostateczne i nie poparte żadnymi wynikami doświadczalnymi. Wspomnieć należy, że pojawienie się charłactwa przy włókniakach jajnika, tłumaczą przyczynami natury toksycznej, (P f a n n e n s t i e l) a puchliny, mechanicznym drażnieniem otrzewnej (O l s h a u s e n), chemicznym (P f a n n e n s t i e l) i zaburzeniami w krążeniu w obrębie więzadła szerokiego (S c h a u t a).

Jak wspomniałem powyżej włókniaki należą do nowotworów dobrotliwych, zazwyczaj występują jednostronnie i jedynie tylko w wypadkach nadzwyczajnego wzrostu mogą uciskać na sąsiadujące z jajnikiem narządy, sprawiając chorej w połączeniu z puchliną brzuszną dość znaczne dolegliwości.

Stosunkowo dość często, bo jak podaje L i p p e r t w 63% powodują one zaburzenia w miesiączkowaniu a nawet w przypadkach obustronności guzów może wystąpić zupełny brak miesiączki. Byłoby to dowodem zupełnego zniszczenia hormonalnych części utkania jajnikowego.

Odnośnie do leczenia włókniaków jajnika wspomnę pokrótce, że jedynym i najlepszym sposobem postępowania w tych przypadkach jest właściwie zabieg chirurgiczny, polegający na całkowitym usunięciu guza. Nie przedstawia on ani szczególnych trudności technicznych, ani nie stwarza większego niebezpieczeństwa dla życia chorej. Można go dokonać tak dobrze drogą powłok brzusznych jak i w przypadkach mniejszych guzów drogą pochwy. W tym ostatnim przypadku rzecz jasna, ponieważ nie zawsze usunięcie guza w całości da się uskutecznić należy go rozkawałkować w czasie zabiegu. Pamiętać jednak należy o tem, że ponieważ omyłki rozpoznawczej z mięsakami jajnika trudno uniknąć a pozatem włókniak sam jako taki może chociaż rzadko ulec zwyrodnieniu złośliwemu, zachodzi obawa rozsiania nowotworu w czasie zabiegu, dokonywanego przez pochwę na skutek wszczepienia komórek w chwili rozkawałkowywania guza. Rokowanie więc w zasadzie jest dobre, zwłaszcza jeżeli weźmie się pod uwagę to, że o nawrotach odnośne piśmiennictwo nic nie wspomina.

Na tym kończę tych kilka uwag. Nasunęły mi się one z okazji spostrzeganego przypadku, który dla lekarza chorób kobiecych jako nie często spotykany musi rzecz jasna budzić pewne zainteresowanie.

Dr. Stanisław KALINIEWICZ. Kalisz.

O postępowaniu w przypadkach nagłego zatrzymania się moczu.

Nagłem zatrzymaniem się moczu nazywamy objaw chorobowy polegający na niemożności oddania moczu, mimo znacznego wypełnienia pęcherza. Niemożność wypróżnienia pęcherza uświadamia się choremu, przeważnie jako silne parcie na mocz, jest zawsze objawem poważnych czasem nawet groźnych zmian przedmiotowych, podmiotowo jest stanem niezmiernie przykrym i bolesnym. Czasami, jak przy schorzeniach ośrodkowego układu nerwowego, objawy podmiotowe ograniczają się do nieznacznych dolegliwości.

Rozpoznanie nagłego zatrzymania się moczu przeważnie nie przedstawia większych trudności. Krótki wywiad wskazuje na cierpienie dróg moczowych, chorego męczy ustawicznie parcie na mocz — daremne próby oddania go powodują stan silnego podniecenia. Wszelkie próby i usiłowania, używanie tłoczni brzusznej, zmiany pozycji, częste wyskakiwanie z łóżka, bieganie i t. d. są bezcelowe, choremu znajdującemu się w stanie godnym pożałowania, nie udaje się oddać moczu, czasami efektem wszystkich męczących prób jest najwyżej wyciśnięcie kilku kropli. Przedmiotowo stwierdza się wypełniony pęcherz moczowy imponujący powyżej spojenia łonowego jako guz sięgający czasami prawie do wysokości pępka. Guz ten jest kształtu kulistego, o gładkiej powierzchni, spoistości tworu torbielowatego, pozwala się nieco przesuwać wahadłowo w prawo i lewo od linji środkowej. Odgłos wypukowy powyżej spojenia łonowego jest stłumiony. Często stwierdzamy w okół otworu stolcowego napięte guzki krwawnicze. Stany bezmoczu jest łatwo odróżnić od nagłego zatrzymania się moczu, gdyż przy nich nie stwierdza się wypełnionego pęcherza a też dolegliwości są bez porównania mniejsze, lub jak przy bezmoczu w czasie kolki nerkowej przybierają całkiem inny charakter.

Opisane cierpienie jest bezwzględnem wskazaniem do natychmiastowego leczenia, wzywający nas chory nagli, wyczekując wybawienia z męczarni. Ulżyć choremu a przy tem obrać właściwą drogę, aby nie popełnić błędu, którego najbliższe skutki prowadzą do zejścia śmiertelnego — jest obowiązkiem każdego lekarza praktyka.

Ze studjów uniwersyteckich wynosimy tak mało wiadomości z zakresu urologji, wykłady uniwersyteckie zbyt mało uwzględniają ten tak ważny dział patologji i lecznictwa, tak, że tylko niezbyt licznym jednostkom jest danem zdobyć zasadnicze wiadomości zwłaszcza, jeżeli chodzi o praktyczne ich stosowanie. Urologja jest dość młodą gałęzią medycyny a pod względem praktycznego nauczania nie tylko u nas, ale i zagranicą leży jeszcze odłogiem.

Powodowany chęcią przysłużenia się Ogółowi Kolegów, przystąpiłem do skreślenia niniejszego wykładu, opartego na najnowszej literaturze, ustnych wskazówkach mych nauczycieli i własnym materjale. Uwzględnię w pierwszej linji lecznictwo jako pomoc w nagłym wypadku, gdyż za taki należy uważać cierpienie, którego omówieniem zajmujemy się. Wspomniałem, że nagłe zatrzymanie się moczu to tylko objaw powodowany różnemi schorzeniami, te właśnie istotne przyczyny wywołujące go winny nakreślić linję naszego działania w każdym poszczególnym wypadku, tylko droga indywidualizacji jest jedynie właściwą.

Zanim przystąpię do omówienia części szczegółowej, aby uniknąć powtarzania się, zajmę się opisaniem instrumentarjum niezbędnego dla każdego lekarza praktyka, a które należy zabrać ze sobą do łoża chorego, oraz opiszę technikę zgłębnikowania cewki moczowej.

Najpożyteczniejszą formę cewników przedstawia model Tiemanna u nas mało rozpowszechniony, na korzyść modelu Nelatona, jakkolwiek pod każdym względem go przewyższa. Cewniki Nelatona są zbyt miękkie, Tiemanna odznaczają się większą elastycznością, dostosowują się znakomicie do normalnych i chorobowych wygięć cewki moczowej, wielką ich zaletą jest stożkowate zakończenie, dzięki któremu łatwo przechodzą przez chorobowo powstałe przewężenia. Koniec dopęcherzowy cewnika Tiemanna jest ustawiony pod kątem rozwartym do długiej osi instrumentu, skutkiem tego ślizga się on po dobrzusznej ścianie cewki, mniej obfitej w fałdy i zakamarki, stosując go nie spostrzega się tak często uwięźnięcia cewnika. Cewniki Tiemanna nadają się doskonale do stosowania ich jako cewniki stałe, dają się wyjałowić przez gotowanie, ze stanowiska aseptyki też przewyższają cewniki Nelatona, gdyż te ostatnie trudniej jest wprowadzić odrazu w zewnętrzny otwór cewki z powodu zbytniej ich giętkości. Stosując cewnik Nelatona musimy trzymać go przy zabiegu blizko końca dopęcherzowego, nabiera to jeszcze więcej ujemnego znaczenia, jeżeli nie mamy do rozporządzenia wyjałowionych szczypczyków. Serja cewników Nr. 14—18 (wedle skali Sharrier) wystarcza i jest najodpowiedniejszą. Bardzo pożyteczne, zwłaszcza w niektórych swych formach są cewniki półtwarde, są one wyrobione z plecionki jedwabnej przepojonej masą lakową. Instrumenty te oddają znakomite usługi przy cewnikowaniu w przypadkach zwężeń cewki, stosujemy je wówczas w formie prostego walca zakończonego stożkowatym końcem. Należy je mieć od Nr. 8—12. Cewniki francuskie jedwabne firmy Porges można wyjaławiać przez gotowanie, prócz opisanej formy stożkowatej są wyrobione z zakończeniem Mercier, ostatnio też tiemanowskiem, dzielą one wiele zalet z cewnikami Tiemanna, istotnie ich nie przewyższają, natomiast z powodu pękania powłoki lakowej są mniej trwałe.

Bezwzględnie konieczny jest zapas zgłębników nitkowatych (bougies filiformes) i to w większej ilości, gdyż z powodu swych delikatnych rozmiarów łatwo ulegają zniszczeniu. Cewniki metalowe są na ogół prawie zbyteczne, konieczność ich użycia jest wprost wyjątkowa, wprowadzenie ich może być zabiegiem bardzo niebezpiecznym nawet w najwprawniejszych rękach. Stanowczo należy zaniechać używania cewników metalowych składanych, zalecanych w kieszonkowych instrumentarjach jak również cewników z mandrynami.

Dobre usługi w przypadkach przewężeń cewki oddają cewniki metalowe Leferta, są one zakończone śrubką, na którą nakręca się bougie filiforme zaopatrzoną w odpowiednią muterkę. Wystarcza zaopatrzyć się w Nr. 10 i 12 tych cewników, oraz kilka odpowiednich nasadek.

Cewniki miękkie i półtwarde przechowują się znakomicie latami w odpowiednich słojach wypełnionych gliceryną. Praktyczne i poręczne do noszenia są sterylizatory podane specjalnie dla cewników przez Zuckerkandla. Jako środek wygładzający i czyniący cewnik śliskim oddaje dobre usługi preparat wedle recepty: Tragacanth 1,5 tere c. aqua frigida 10,0 adde Glycerin ad 100,0 Coque ad sterilisat. adde Hydrarg oxycyanat 0,2. Preparat powyższy stosujemy w słoiku o szerokiej szyji (do zanurzania instrumentów) lub w blaszanych tubkach. Waselina jest nieodpowiednią. Przedewszystkiem aby ją rozdzielić równomiernie na cewnik musi się mieć wyjałowione gaziki, które nie zawsze można mieć pod ręką. Następnie w razie częstego jej stosowania może utworzyć się w pęcherzu z pozostałości kulka waselinowa powodująca dolegliwości i usposabiająca do schorzeń. Oliwa działa niekorzystnie na kauczuk z którego są wyrobione cewniki.

Dużem ułatwieniem zabiegów wśródcewkowych jest znieczulenie, osiąga go się przez wstrzyknięcie wstrzykawką cewkową w przednią część cewki kilku procentowego rozczynu nowocainy, tutocainy i psycainy, wstrzyknięty rozczyn powinien kilka minut pozostać w cewce, w tym celu przytrzymuje się po wstrzyknięciu zewnętrzny otwór cewki palcem, równocześnie drugą ręką wmasowuje się rozczyn w tylny odcinek cewki, albo też wprowadza go się zapomocą instalatora Gujona. Wstrzykawkę Gujona łatwo zmienić na zwyczajną wstrzykawkę cewkową przez nasadzenie odpowiedniej oliwki, przeważnie dość dobre znieczulenie można osiągnąć przy zabiegach wśródcewkowych i pęcherzowych przez wlew podług recepty: Rp. Antipyrin 2,0 Tct. Opii gtts. XV aq. fervidae 100. S. klyzma. Do niezbędnych instrumentów zaliczyć należy wstrzykawkę Janeta o objętości 100 cm^3. Praktycznie jest mieć kilka nasadek dostosowanych do stożka wstrzykawki, wystarcza zupełnie wygotowanie nasadki przed każdorazowem użyciem. Sama wstrzykawka raz wyjałowiona służy do kilkakrotnego użycia. Sposób ten stosowany od szeregu lat na klinice Bluma okazał się zadowalniający ze stanowiska aseptyki. Opisane modyfikacje wstrzykawek są podane przez klinikę Bluma, wyrabia je firma Leichter we Wiedniu.

Technika wprowadzania cewników:

Najlepsze jest ułożenie chorego w położeniu krzyżowem, z lekko odwiedzionemi kończynami dolnemi i zgiętemi kolanami, o ile zabieg odbywa się w łóżku wskazane jest podniesienie miednicy przez podłożenie poduszki, niezbedne jest to przy stosowaniu cewników metalowych. Lekarz stoi po prawej stronie chorego.

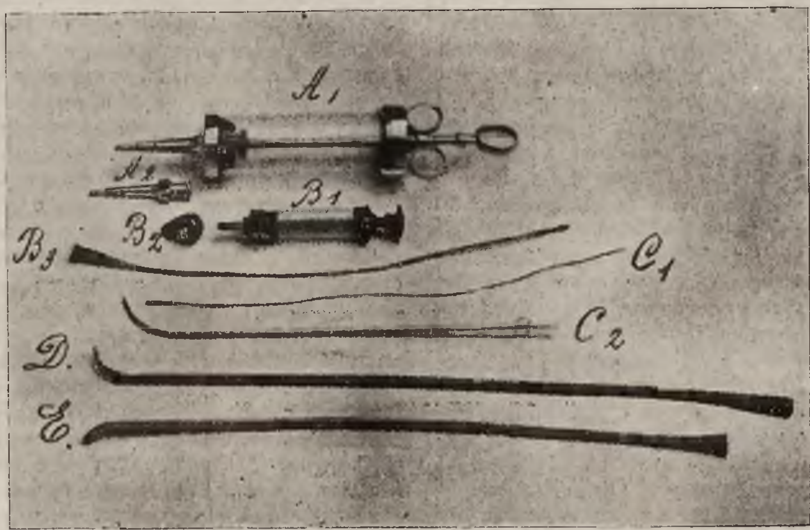
Staranność przy wprowadzeniu cewnika w otwór zewnętrzny cewki nazywa W i l d b o l z słusznie kluczem aseptyki cewnikowania. Warunki tej staranności polegają na możliwie dokładnem oczyszczeniu mechanicznem zewnętrznego ujścia cewki, zapomocą wacików lub gazików zanurzanych przedtem w jakimś rozczynie odkażającym n. p. Hydrarg. oxycyanat. 1 : 2000, następnie na umiejętnem wprowadzeniu cewnika. Postępując ściśle według następujących zasad unikniemy błędu: Koniec członka ujmujemy pomiędzy 3-cim a 4-tym palcem lewej ręki zwróconej stroną dłoniową ku górze, równocześnie rozchylamy przy pomocy kciuka i wskaziciela wargi ujścia zewnętrznego cewki, ułatwiając w ten sposób wsunięcie końca cewnika, temsamem unikamy zepchnięcia drobnoustrojów z sąsiedztwa ujścia w głębszą część cewki. Pamiętać należy, że cewka zajmuje ekscentryczną część członka, dlatego przy wprowadzaniu końca cewnika kierujemy nim ku dołowi, unikamy w ten sposób uwięźnięcia cewnika. Przy stosowaniu cewników miękkich należy je trzymać blisko końca dopęcherzowego w wyjałowionych szczypczykach, w ten sposób unika się zetknięcia końca cewnika z otoczeniem ujścia zewnętrznego cewki.

Powyższe zasady mają na celu uniknięcie często tak niebezpiecznego zakażenia wynikłego z nieumiejętnego cewnikowania, przyczyną bowiem tego zakażenia jest prawie zawsze zepchnięcie drobnoustrojów z zewnętrznego odcinka cewki i jej ujścia w głębsze części dróg moczowych. Dobrym środkiem zapobiegawczym zakażeniu, wskazanym zwłaszcza przy stanach chronicznego zatrzymania się moczu, jest przepłukanie przedniego odcinka cewki rozczynem odkażającym (Sol. acid. borici 3%). Przepłukanie to wykonuje się w następujący sposób: wprowadza się cewnik połączony z wstrzykawką w przedni odcinek cewki, następnie wyciąga się go powoli równocześnie wstrzykując rozczyn odkażający. Po wykonaniu prawidłowego przeprowadzenia cewnika miękkiego lub półtwardego przez zewnętrzny otwór cewki dalsze jego prowadzenie polega na ostrożnem wsuwaniu, przyczem członek należy trzymać możliwie naciągnięty, aby wyprostować w ten sposób fałdy śluzówki cewki. Pamiętać należy, że w razie uwięźnięcia cewnika wszelkie forsowanie nie prowadzi nigdy do celu. Powoduje ono tylko zaginanie się cewnika i drażnienie cewki. Przeszkodę należy zawsze obejść chytrością a nie siłą, jeżeli cewnik utknie należy go wyciągnąć nieco powyżej przeszkody i próbować ją ominąć delikatnem posuwaniem. Zwieracz zewnętrzny cewki stawia czasami opór, zwłaszcza, jeżeli stosujemy cewniki miękkie lub cienkie, również normalne kieszonkowate wgłębienie cewki w pars bulbosa uretrae może być pułapką dla końca cewnika.

Stosowanie cewnika metalowego powinno się wogóle unikać ze względu na niebezpieczeństwa połączone z tym zabiegiem, jest on usprawiedliwiony wyjątkowo, tem więcej jednak zasługuje na dokładne omówienie:

Lekarz stoi po prawej stronie chorego. Cewnik należy trzymać za jego koniec obwodowy w prawej ręce, koniec dopęcherzowy wprowadza się w otwór zewnętrzny cewki, mając w pamięci zasady wymienione przy omówieniu stosowania cewników miękkich. Członek trzyma się lewą ręką naciągnięty i ustawiony pod kątem prostym do smugi białej t. zn. do poziomu długiej osi ciała chorego. Dalsze prowadzenie cewnika wykonywuje się w ten sposób, że naciąga się nań członek, jak rękawiczkę na palec. W okolicy diaphragna urogenitale po ominięciu pars bulbosa uretrae napotyka dziób cewnika na otwór, oznacza to, że dotarliśmy do zewnętrznego zwieracza cewki. Obecnie obracamy członek wraz z cewnikiem o 90° ku powłokom brzusznym, tak, że długa oś cewnika wieniem śluzówki cewki, wówczas należy wstrzyknąć do pęcherza ręczną wstrzykawką kilkanaście cm³ odkażającego rozczynu (acid. borici 3%) a natychmiastowo ukaże się strumień moczu. Po wykonaniu cewnikowania jest wskazane zawsze przepłukać pęcherz letnim rozczynem odkażającym, celem przepłukania pęcherza jest zapobiegnięcie zakażeniu pęcherza, które jest możliwe mimo wszelkich ostrożności, stosowanie przy cewnikowaniu również temu celowi posłuży podawanie doustne: urotropini, camphora 0,5 trzy razy dziennie w czasie jedzenia przez kilka dni po zabiegu.

Nie należy nigdy zapomnieć o przeczyszczeniu i przestrzyknięciu cewników zaraz po ich użyciu, zaniedbanie tej zasady powoduje często bardzo niemiłe niespodzianki przy powtórnem użyciu instrumentów, mianowicie pozostały w cewniku śluz i skrzep krwi w gotowaniu twardnieją i zatykają światło cewnika. Przykrem jest i dla lekarza i dla chorego, jeżeli spostrzeże się to



A_1 Wstrzykawka Janeta — A_2 Nasadka wstrzykawki Janeta — B_1 Wstrzykawka Guyona — B_2 Nasadka oliwkowa pozwalająca stosować wstrzykawkę Guyona jako cewkową — B_3 Cewnik Guyona — C_1 Bougie filiforme z gwintem C_2 Cewnik Leforta — D Cewnik Tiemanna — E Cewnik Miercier

ustawia się równolegle do smugi białej. Koniec obwodowy cewnika zwrócony jest ku głowie chorego, wykonywując ten obrót pamiętać należy, że członek trzyma się naciągnięty na cewnik, wywiera się całkiem zresztą lekki ucisk aby zapobiedz wysunięciu się jego z cewki. Dalsze prowadzenie cewnika obejmuje lewa ręka, która przytrzymuje członek naciągnięty na cewniku i równocześnie wykonuje powolny obrót, mianowicie wraca do pozycji pionowej, następnie opuszcza cewnik wraz z trzymanym członkiem między nogi chorego. Prawa ręka ogranicza się do wywierania lekkiego ucisku na koniec obwodowy cewnika. Ucisk ten ma na celu nie tyle wepchnięcie cewnika ile przeszkodzenie wysuwaniu się jego, jeżeli nie wyczuwamy większego oporu opuszczamy cewnik poniżej linji poziomej ciała. Strumień moczu oraz możność swobodnego okręcania cewnika wokół jego długiej osi świadczą o dobrze wykonanym zabiegu. Wyczuwany opór przy opuszczaniu cewnika oznacza to, że nie przeszliśmy jeszcze przez pierścień zwieracza zewnętrznego i dziób cewnika opiera się na przedniej ścianie cewki, leżącej tuż pod spojeniem łonowem, użycie siły nawet stosunkowo nieznacznej celem przeforsowania oporu byłoby jednoznaczne z przebiciem fałszywej drogi. Pamiętać bowiem musimy, że każdy ucisk na zewnętrzny koniec cewnika działa ze spotęgowaną siłą na dziób jego w myśl prawidła fizycznego o dźwigni. Dźwignią bowiem w tym przypadku jest cewnik.

Trafia się na opór, to należy cewnik nieco cofnąć, obwodowy jego koniec pochylić ku powłokom i czynność opisaną powyżej wykonać powtórnie. Jeżeli opór powoduje zwieracz znajdujący się w stanie skurczu, natenczas wystarcza spokojne przeczekanie przy równoczesnym łagodnym ucisku na obwodowy koniec cewnika, po chwili zwieracz poddaje się i przepuszcza cewnik. Ta kapitulacja cewnika objawia się niekiedy gwałtownem wpadnięciem dziobu cewnika w pars membranaca uretrae.

Czasem mamy wrażenie, że cewnik, czy to miękki, czy też sztywny, jest prawidłowo wprowadzony w pęcherz, jednak strumień moczu nie okazuje się, natenczas prawdopodobnie światło cewnika jest zatkane przez skrzepy krwi, spowodowane krwawieniem dopiero po wyjęciu raz dobrze wprowadzonego cewnika.

Cierpienia powodujące nagłe zatrzymanie się moczu mogą być wrodzone jak n. p. zbyt wązki otwór zewnętrzny cewki, fimoza i pozostająca z nią w związku parafimoza. Wrodzone zwężenie ujścia cewki prowadzi do zatrzymania sie moczu przy obrzęku tkanek, spowodowanym stanem zapalnym w okolicy zewnętrznego otworu cewki. Dla usunięcia cierpienia wystarcza chwilowo rozszerzenie na tempo, lecz lepiej gdy równocześnie radykalnie leczy się rozszerzenie krwawo. Zabieg krwawy polega na rozcięciu ujścia zewnętrznego cewki, rozcinamy dokładnie w linji środkowej wprowadzając w otwór cewki delikatny nożyk, którego ostrze kierujemy ku wędzidełku. Powierzchnię ranną zaopatrujemy kilku delikatnemi szwami strunowemi łączącemi śluzówkę cewki z brzegiem rozciętej żołędzi.

Przy wrodzonym niedorozwoju ujścia cewki spotykanym czasem u noworodków, wystarcza jako pierwsza pomoc nacięcie cewki moczowej. Wrodzona fimoza powoduje ostre zatrzymanie się moczu skutkiem przyłączenia się procesów zapalnych, racjonalnym zabiegiem jest operacja w swej najprostszej metodzie t. j. nacięcie napletka na stronie grzbietowej.

Często fimoza doprowadza do stanu znanego pod nazwą parafimozy. W celu usunięcia jej próbujemy nastawienia bezkrwawego, w razie niemożności wykonania jego nacięcia. Nacięcie pierścienia zwężającego winno być głębokie, gdyż inaczej przecina się tylko obrzękłe tkanki, nie zwalniając uwięzionej żołędzi. Chorych obarczonych opisanemi zmianami wrodzonemi należy zawsze kierować do leczenia radykalnego, gdyż często prowadzą one przez nawet chroniczne i niezupełne zatrzymanie się moczu do ciężkich zmian chorobowych.

Zatrzymanie się moczu spostrzega się niekiedy po urazach godzących w części sąsiadujące z dolnemi drogami moczowemi, urazy te prowadzą w swych bezpośrednich skutkach do okaleczeń cewki, pecherza, wylewów krwawych, bądź też działanie ich na drogi moczowe jest pośrednie jak przy złamaniach kości miednicy. Wskazuje wywiad i objawy na to, że zatrzymanie się moczu spowodowane jest okaleczeniem cewki, to wówczas pa-

miętać należy o zasadzie primum non nocere, każdy błąd bowiem może kosztować życie chorego. Najlepiej wstrzymać się od wszelkich prób cewnikowania i chorego jaknajspieszniej oddać opiece chirurga, jeżeli wymaga tego bezwzględna konieczność, bo daleko bezpieczniejszym zabiegiem jest punkcja nadłonowa pęcherza, niż niewłaściwe lub niezręczne cewnikowanie, które przez zakarzenie rany cewki prowadzi z reguły do stanu posocznicowego.

Punkcję należy wykonać cienką kaniulą długości około 8 cm, wkłuwa się ją tuż powyżej spojenia łonowego po uprzednim ogoleniu i oczyszczeniu skóry.

Powodem ostrego zatrzymania się moczu mogą być przyczyny, które dróg moczowych bezpośrednio nie atakują a wywierają taki wpływ pośrednio. Do przyczyn takich możemy zaliczyć zaburzenia w układzie nerwowym ośrodkowym lub obwodowym jak n. p. nowotwory mózgu i rdzenia, apopleksja mózgowa, tabes, sclerosis multiplex, urazy rdzenia, dalej zapalenia nerwów spowodowane zatruciami chemicznemi lub jadami przy chorobach zakaźnych jak tyfus, krup, lues. Również zmiany zapalne rozwijające się w bliższem lub dalszem sąsiedztwie dróg moczowych mogą prowadzić przez ucisk lub odruchowo do zatrzymania się moczu, np. zapalenie gruczołu krokowego bądźto przerzutowe bądźto powstałe na tle zapaleń dróg moczowych, wypadnięcie guzków krwawniczych kiszki stolcowej, zapalenie części rodnych kobiety.

Zabieg przy ostatnio poruszonych stanach będzie przeważnie prosty i łatwy, cewnikowanie wykonamy każdym miękkim lub półtwardym cewnikiem Nr. 17 — 19, lepszy jest grubszy gdyż łatwiej przezwycięża opór skurczowy zwieracza, o ile ten opór jest znaczny najlepiej posłuży nam zastrzyk morfiny z atropiną i cierpliwość. Unikając przemocy a wywierając łagodny ucisk na cewnik doprowadzimy zwieracz do rozkurczu. Pożądany cel t. j. wypróżnienie pęcherza można osiągnąć też często bez wszelkich zabiegów, jeżeli polecimy choremu usiąść w miednicy napełnionej letnią wodą i próbować w tej pozycji oddać mocz, też dobre i wystarczające usługi oddaje często dożylny zastrzyk cylotropiny.

Począwszy od 6-tego dziesiątka lat życia najczęstszym powodem ostrego zatrzymania się moczu jest t. zw. przerost gruczołu krokowego. Rozpoznanie podstawowego cierpienia opiera się na wywiadzie, który wskazuje na trudności przy oddawaniu moczu trwające od dłuższego czasu, przeważnie dowiemy się o częstem parciu na mocz zwłaszcza w nocy. Dolegliwości z powodu ostrego zatrzymania się są znaczne o ile występuje ono w pierwszym okresie choroby. W stanach późniejszych przy znacznej pozostałości moczowej w pęcherzu następuje pewnego rodzaju przyzwyczajenie się do nadmiernego wypełnienia pęcherza tak, że dolegliwości przy zupełnem zatrzymaniu się mogą być mierne, zwłaszcza, że świadomość takich chorób jest upośledzoną skutkiem zatrucia mocznicowego. Palec wprowadzony do kiszki stolcowej stwierdza przeważnie powiększenie się stercza, pamiętać jednak należy, że nawet nieznaczny t. zw. przerost tylko płatu średniego może tworzyć przeszkodę i że wówczas badaniem przez kiszkę stolcową większych zmian możemy nie stwierdzać. Nasze rozważanie rozpoznawcze powinno uwzględnić inne przyczyny prowadzące do ostrego zatrzymania się moczu, starszy człowiek może cierpieć również na przewężenie cewki pourazowe lub pozapalne lub na uwiezgnięcie kamyczka, krótka orjentacja w kierunku uwiądu rdzenia jest konieczną aby uchronić nas od błędu, pomocnym również jest objaw charakterystyczny dla schorzeń rdzenia t. j. że gdy uciśniemy na okolicę pęcherza wypływa mocz wyciskany. Zanim przystępuje się do zabiegu wypróżnienia pęcherza należy orjentować się czy mamy do czynienia z rzeczywiście ostrem zatrzymaniem się moczu w okresach początkowych cierpienia, czy zatrzymanie się nastąpiło już u chronicznego retencjonisty. Pytanie to jest zasadniczem, od rozstrzygnięcia jego zależy linja naszego postępowania. Pomocnym w rozwiązaniu tego zagadnienia jest wywiad, ogólny wygląd chorego, i ciężar gatunkowy moczu. Przy ostrem zatrzymaniu się moczu spowodowanym gwałtownym obrzękiem po błędach dietetycznych, nadużyciu alkoholu i t. p. jak to zdarza się w początkowych okresach t. zw. przerostu stercza, chory robi wrażenie człowieka o pełni sił, zabarwienie skóry i ogólny wygląd nie wiele odbiega od normy, dolegliwości natomiast są duże.

Wygląd chronicznego retencjonisty u którego wystąpiła zupełna niemożność wypróżnienia pęcherza, lecz była ona już poprzedzoną przewlekłą niemożnością wypróżniania całkowitego t. zn. że po każdym oddawaniu moczu pozostawała coraz większa ilość nieoddana w pęcherzu, przedstawia obraz człowieka ciężko chorego, cera blado żółtawa przypomina charłactwo rakowe, język jest silnie obłożony suchy, pragnienie jest silnie wzmożone przy zupełnym braku łaknienia (często u takich chorych rozpoznawano mylnie raka żołądka). U chorych znajdujących się w ostatnio opisanym stanie cierpienia zasadniczo, nigdy, pod żadnym warunkiem nie należy wykonać odrazu całkowitego opróżnienia pęcherza. Zasada ta będzie zrozumiałą, jeżeli nadmienię, że u chorych takich nastąpiło już daleko idące zaatakowanie górnych dróg moczowych i nerek, które objawia się niskim ciężarem gatunkowym moczu a stany zastoinowe doprowadziły do znacznego rozszerzenia się naczyń krwionośnych, które w danej chwili są uciśnięte przez w wielkiej ilości nagromadzony mocz. Gwałtowne wypróżnienie może łatwo spowodować krwawienia do miąszu nerek prowadzące do mocznicy wzgl. do powiększenia już istniejącej, albo nawet nagły krwotok *(ex vacuo)* do przewodów moczowych a w każdym razie silne wahania ciśnienia krwi, które tylko jako takie przedstawia wielkie niebezpieczeństwo dla ciężko chorego. Wypróżnienie pęcherza powinno odbyć się etapami t. zn. odpuszczamy nieco moczu, kieszonkowym urometrem badamy jego ciężar gatunkowy, jeżeli waha się on między 1003 a 1012, ograniczamy się do odpuszczenia około 400 cm^3 i do zupełnego wypróżnienia dochodzimy powoli cewnikując dwa razy dziennie powiększając stale porcję spuszczonego moczu mniej więcej o 100 cm^3 Wynosi ciężar gatunkowy moczu ponad 1015 jeżeli pozatem stan chorego nie budzi obaw, to wówczas można pęcherz wypróżnić całkowicie odrazu. Technika cewnikowania przy t. zw. przeroście stercza nie jest trudną ani zabieg ten nie jest niebezpieczny jeżeli pamiętamy o zmianach anatomicznych związanych z przyrostem. Wiemy przedewszystkiem, że ani cewka moczowa, ani jej dopęcherzowe ujście nie ulega istotnemu przewężeniu, staje się ona nieco dłuższą przez wydłużenie się części sterczowej. Przeszkoda tworząca niedrożność cewki polega na ściśnięciu jej przez powiększone stercze, również mogą wystąpić pewne zwichrowania jej osi zależnie od nierównomiernego przyrostu tego czy innego płata. Przewężenie nie jest zatem sztywne, cewka zachowuje nadal swą elastyczność dozwalającą wprowadzać cewniki. Ucisk powiększonego stercza odbija się głównie na ściance grzbietowej cewki, najmniejszym zmianom ulega ścianka dobrzuszna, dlatego najodpowiedniejszym cewnikiem jest cewnik o zgięciu T i e m a n n a lub M e r c i e r, gdyż są one w ten sposób zbudowane, że ich dziób ślizga się po przedniej ścianie. Najlepiej stosować wymiary średnie Nr. 14 — 18. Cewnik należy lekko popychać szczypczykami, gdy trafi się na opór w części sterczowej to trzeba go trochę cofnąć skręcić nieco wzdłuż długiej osi i w ten sposób próbować nadać inny kierunek dzióbowi cewnika, aby przejść zwichrowane miejsce cewki, jednak ścieżką po której dziób posuwa się powinna być zawsze przednia jej ściana.

Postępowanie opisane zawsze prowadzi do celu t. j. pomyślnego wykonania zabiegu. Czasem ma sie wrażenie, że cewnik jest już w pęcherzu a strumień moczu nie okazuje się, to może polegać tylko na zatkaniu się oczka cewnika skrzepem, wówczas należy wstrzyknąć do pęcherza strzykawką J a n e t a kilkanaście cm^3 wyjałowionego płynu (też letnią przegotowaną wodę) używając przy tem dość znacznej siły na pchnięcie tłoku strzykawki.

Wypadki zupełnie wyjątkowe (spostrzegałem tylko raz) niemożności wprowadzenia cewnika polegają na tem, że znacznie przerosły płat środkowy tworzy rodzaj wentylu, który nagromadzony w wielkiej ilości mocz przyciska silnie do ujścia dopęcherzowego, nie pozostaje wówczas nic innego jak wykonać nakłucie nadłonowe.

Nakłucie nadłonowe nie jest zawsze zabiegiem bezpiecznym, znane są przypadki przebicia się do jamy otrzewnowej a nawet przebicia jelita, zagięcie pęcherzowe otrzewny może sięgać niekiedy bardzo nisko, może nawet być przyrośnięte do spojenia łonowego, tak że mimo nawet silnego wypełnienia pęcherza otrzewna nie może posunąć się dogłowowo. Skutki podwójnego przebicia zdwojenia listka otrzewnowego i zakażenia go moczem, który w wypadkach zastoju zawiera zawsze drobnoustroje nie wymagają bliższego omówienia. Nakłucie nadłonowe powinno zawsze być *ultimum refugium*. Na zakończenie omówienia postępowania przy t. zw. przyroście stercza, jeszcze raz podkreślam, że cewnik metalowy zwłaszcza przy tem schorzeniu jest bardzo niebezpiecznym nawet przy dużej wprawie we władaniu.

Do ostrego zatrzymania się moczu prowadzą często bliznowate przewężenia cewki, które są następstwem przebytych urazów lub zmian zapalnych. Przewężenia pozapalne zwłaszcza potryprowe występują przeważnie w kilka lat po przebytem zapaleniu, procentowo najczęściej, bo około 80% powodują je zapalenia wiewiórowe.

---

[1]) Rzadki przypadek umiejscowienia gonokoków wychodzących z gruczołów przysterczodwych i t. d. K a l i n i e w i c z: Pol. Gaz. Lek. Nr. 18, 1928.

Rozpoznanie przewężenia opiera się na wywiadzie w kierunku przebytego zakażenia lub urazu, przeważnie dowiadujemy się, że oddawanie moczu odbywało się z utrudnieniem, dopiero po użyciu silnego parcia tłoczni brzusznej okazywał się strumień moczu, który stawał się coraz cieńszym a po pozornie całkowitem wypróżnieniu pęcherza wydostawały się jeszcze mimowoli liczne kropelki. Próba wprowadzenia kilku o różnych wymiarach cewników wykaże, że więzgną one zawsze w tym samym miejscu; objaw ten potwierdza rozpoznanie. Przewężenia bliznowate są przeważnie umiejscowione w pars bulbosa, w głębszych odcinkach nie występują. Doprowadziło bliznowate przewężenie cewki do stanu ostrego zatrzymania się moczu, wówczas doraźny zabieg uwalniający chwilowo chorego od przykrego i niebezpiecznego stanu polega na wprowadzaniu nitkowatej sondy *(bougie filiforme)*. Przed zabiegiem należy wstrzyknąć morfinę lub pantopon. Dobrze jest znieczulić śluzówkę cewki w opisany poprzednio sposób. Po wypuszczeniu płynu znieczulającego wstrzykujemy strzykawką cewkową kilka cm^3 wyjałowionej oliwy lub gliceryny w celu wygładzenia wnętrza cewki.

Po wykonaniu opisanego przygotowania uzbrajamy się w cierpliwość, lewą ręką naciągamy członek tyle ile to tylko jest możliwe (dobrze jest trzymać żołędź przez gazik aby nie wyślizgiwała się z palców oślizgłych skutkiem wyciekania oliwy) i próbujemy wsunąć do pęcherza sondkę. Zabieg wymaga bardzo dużo cierpliwości, wszelkie denerwowanie się prowadzi tylko do okaleczeń cewki, zwijania się sond przed przeszkoda oraz ich niszczenia. Sondę należy posuwać całkiem powoli krótkiemi ruchami, jeżeli utknie należy ją cofnąć i wsuwać na nowo, albo też wsunąć obok niej kilka innych sond i niemi naprzemian próbować przejść przeszkodę, póki to się nie uda. Czasami celowem jest użycie sondki, której koniec jest zgięty bagnetowato lub spiralnie, można też samemu sondom prostym nadawać podobne kształty, czasem sondki grubsze łatwiej prowadzić niż cieńsze. Nieudałe próby nie powinny zrażać, jeżeli udało się sondę wsunąć tak głęboko, że jej obwodowy koniec jest tuż powyżej ujścia zewnętrznego cewki, jeżeli sonda nieco wsuwana i wyciągana pozostaje w położeniu, które jej nadało się a przyciśnięta nie odskakuje, to dowodzi to, że znajduje się ona w pęcherzu. Odskakiwanie głęboko wprowadzonej sondy jest nieomylnym dowodem na to, że zagięła się ona lub zwinęła przed przeszkodą.

Dobrze wprowadzoną do pęcherza sondę umocowujemy na członku przylepcem lub tasiemką na stałe i możemy chorego na razie pozostawić, gdyż mocz będzie ściekać stale kropelkami po sondzie aż do całkowitego opróżnienia pęcherza. Doraźnie można pęcherz opróżnić jeżeli wprowadzona sonda jest zaopatrzona w gwint dostosowany do cewnika L e f o r t a Nr. 8 albo 9, wśrubuwujemy wówczas cewnik i wsuwamy go z łatwością gdyż sonda przeprowadzi go przez przewężone miejsce.

Dla uzupełnienia omawianej sprawy dodam, że ciała obce jak kamyki górnych dróg moczowych lub też przedmioty czasem naumyślnie wprowadzone do cewki mogą spowodować jej niedrożność, zależnie od umiejscowienia należy próbować je usunąć instrumentami o ile są łatwo dostępne albo dążyć do zepchnięcia zapomocą cewnika do pęcherza.

S. PROGULSKI i F. REDLICH. Lwów.

Zgorzel skóry w przebiegu błonicy gardła.

Z Kliniki Pediatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. F. G r ö e r.

Dnia 3 listopada 1926 r. przyjęto do Kliniki Dziecięcej dziecko ze zgorzelą skóry na nodze, która miała wystąpić w przebiegu błonicy. Rzadkość tego rodzaju powikłania w tej chorobie skłoniła nas do opisu tego przypadku. Dotyczył on dziewczynki 6-cio letniej, która 3. X. 1926 r. dostała lekkiego kataru z nieznacznem podwyższeniem ciepłoty. W dwa dni później ciepłota się podniosła, a lekarz domowy miał stwierdzić zapalenie gardła.

7. X. wystąpiła u dziecka duszność, w ciągu nocy stan ogólny tak się pogorszył, że lekarz ponownie wezwany podejrzewając tło błonicze schorzenia wstrzyknął 2000 jedn. antyt. surowicy przeciwbłoniczej. Duszność i sinica trwać miały mimo wstrzyknięcia jeszcze kilka godzin, a ustapiły dopiero po kilku zastrzykach olejku kamforowego i coffeiny. W następnych dniach gorączka obniżyła się i stan ogólny zwolna się poprawił.

11. X. obudziło się dziecko nagle w nocy z krzykiem i skargą na gwałtowny ból w lewem podudziu. Rodzice zauważyli wówczas że tak dolna część podudzia lewego jak i cała lewa stopa były bardzo blade, a przy dotknięciu zimne. Nazajutrz wystąpiły na wielkim palcu nogi lewej, na zewnętrznym brzegu stopy i podeszwie czerwone plamy, a równocześnie obrzęk i zaczerwienienie grzbietu nogi.

13. X. Plamy dotychczas czerwone posiniały, a dziecko poczęło się żalić na uczucie drętwienia chorej nogi.

Stan obecny: dziewczynka o miernym stanie odżywienia, o skórze i widzialnych błonach śluzowych bladych. Budowa kośćca delikatna bez szczególnych zmian. Gruczoły szyjne jak i podszczękowe powiększone, zwłaszcza po stronie prawej. Nieżyt nosa. Jama ust bez zmian, tylko migdałki znacznie powiększone i nieco zaczerwienione. Głos nosowy. Stan płuc bez zmian. Serce: górna granica w drugiem przestworzu międzyżebrowem, po stronie prawej sięga do prawego brzegu mostka, na lewo 1 cm po za linją sutkową. Tony głuche, tętno niemiarowe. Narządy w jamie brzusznej bez zmian. Odruchy kolanowe zaledwie zaznaczone. Na grzbie-



Ryc. 1.

cie stopy lewej lekki obrzęk, i tamże skóra na przestrzeni dłoni dziecka sino - czarna, o brzegach zygzakowatych. Również takie same plamy, jakkolwiek mniejszych rozmiarów, na grzbiecie małego palca u nogi, na zewnętrznej stronie stopy i w okolicy lewej zewnętrznej kostki. Wszystkie powyżej opisane miejsca skóry przy dotknięciu zimne i bezbolesne.

Mocz bez zmian. Próby Pirqueta i Mantoux ujemne. Odczyn Wassermanna ujemny.

Badanie krwi: 4.100 ciałek czerwonych, 9.200 ciałek białych. Obraz krwi według Schillinga: 1% ciałek młodych, 14% pałeczkowatych, 46,5% wielokształtnych, 4,5% eozynochłonnych, 26,5% limfocytów, 6,5% monocytów, 1% komórek plazmatycznych.

Leczenie: Chora pozostaje w łóżku, w jak największym spokoju; wyciąg naparstnicy wewnętrznie.

Dalszy przebieg choroby: W pierwszych dniach pobytu w klinice samopoczucie dobre, stłumienie serca mniejsze niż w chwili przyjęcia. Niemiarowe tętno występuje rzadziej. Obrzęk lewej stopy cofnął się, lecz zgorzel skóry pozostała bez zmian.

14. XI. Znaczne pogorszenie ogólnego stanu. Głos wyraźnie nosowy, odruchy kolanowe obustronnie zniesione. Codzienne zastrzykiwania strychnini nitr. (0,0005) i naświetlania lampą kwarcową.

15. XI. Dziecko mówi coraz niewyraźniej, zachłystuje się podczas jedzenia, a pokarmy płynne zwraca nosem.

17. XI. Uporczywy brak łaknienia, coraz częstsze zachłystywania i wymioty podczas których występuje duszność i znaczna sinica.

19. XI. Ciepłota 36 — 37,8° C. Znaczne pogorszenie stanu ogólnego, tętno przyspieszone i nieregularne. Rozszerzenie serca, szczególnie na prawo. Kaszel porażenny. Trudności w odżywianiu, chora zwraca pokarmy nawet wprowadzone zgłębnikiem, przyczem zakaszluje się i sinieje. Zastrzykiwania środków nasercowych i adrenaliny kilkakrotnie w ciągu dnia.

20. XI. Upadek sił coraz większy. Dziecko mówi ledwie zrozumiałym szeptem. W płucach rozległe świsty i rzężenia. Tętno przyspieszone, ledwie macalne, nieregularne. W ciągu nocy zapad.

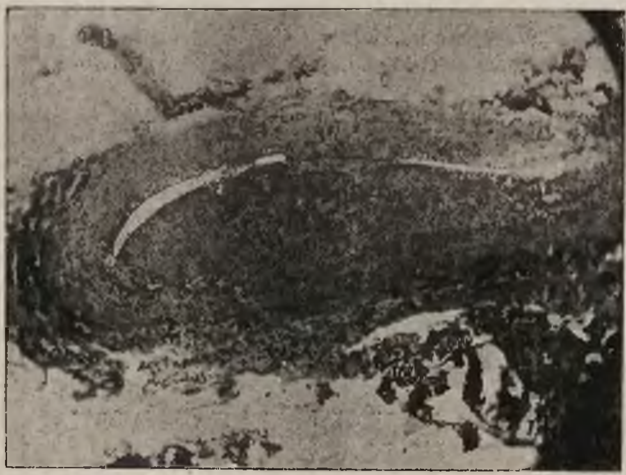
21. XI. Nad ranem zejście śmiertelne.

Wobec tego, że całkowitego badania zwłok nie można było dokonać, ograniczono się jedynie do zbadania schorzałej skóry na nodze lewej. (Dr. Helena S c h u s t e r, Zakład Anat. Patol. Uniw. Lwowskiego): Skóra nogi lewej okazuje zmiany zgorzelinowe. Odpreparowana tętnica grzbietowa stopy lewej przechodzi w tkankę martwiczą. Ściana naczynia jest zgrubiała, a światło jego ku górze wypełnione prawie całkowicie staremi skrzepami, które częściowo już się zorganizowały. Ku dołowi błona wewnętrzna naczynia znacznie zgrubiała i nierówna, co sprawiło całkowite zamknięcie naczynia.

Badanie drobnowidowe: W preparacie zrobionym z przekroju poprzecznego tętnicy z jej części górnej stwierdza się znaczne zgrubienie całej ściany przedewszystkiem zaś błony wewnętrznej. Światło naczynia przedstawia się jako wąska tylko szczelina, gdyż wypełniona jest przez stary przyścienny skrzep, który uległ

częściowo organizacji i tak silnie przylega do ściany naczynia, że granica błony wewnętrznej zaciera się zupełnie.

W preparatach zrobionych z części naczynia tejże tętnicy stwierdza się tak znaczne zgrubienie ściany i błony wewnętrznej, że światła jego prawie nie widać. Błona wewnętrzna okazuje nierówności i wybujałości wskutek zorganizowania się skrzepów.



Ryc. 2.

Powstanie zgorzeli skóry na nodze w przebiegu błonicy tłumaczymy sobie w następujący sposób: Przypadek nasz należy uważać za zbyt późno rozpoznany i leczony niedostateczną ilością surowicy przeciwbłoniczej. Skutkiem uszkodzenia narządu krążenia przez jad błoniczy, przyszło najprawdopodobniej do utworzenia zakrzepu w sercu z następowym zatorem tętnicy grzbietowej stopy i zgorzelą tej części skóry, której brakło dowozu krwi. Przypuszczenia nasze tłumaczą tak zmiany w sercu, stwierdzone w chwili przyjęcia jak i nagły początek objawów chorobowych, umiejscowionych w lewej stopie. Dziecko zbudziło się nagle w nocy z krzykiem z powodu gwałtownego bolu w lewem podudziu a rodzice stwierdzili, że okolice skóry objęte następowo zgorzelą były blade i zimne. Przytoczone więc fakty przemawiają przeciw temu, jakoby jad błoniczy miał uszkodzić pierwotnie ściany naczynia i wywołać zapalenie wraz z wytworzeniem skrzepu *(endarteritis obliterans)*, gdyż w takim razie cały proces zmian na nodze dokonałby się daleko powolniej. Na podstawie przeto wywiadów jak i klinicznego obrazu przyjmujemy, że zgorzel skóry powstała w naszym przypadku skutkiem zatoru przez oderwanie się skrzepu w sercu i zawleczenie go wraz z prądem do tętnicy grzbietowej w nodze. Nagłe zatkanie światła naczynia doprowadziło do zgorzeli skóry.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. Z. 2741/29.

Warszawa, dnia 22 kwietnia 1929 r.

IV kurs trachomatologiczny dla lekarzy.

Do Panów Wojewodów.

W państwowej Szkole Higieny w Warszawie odbędzie się w czasie od 4 do 12 czerwca r. b. IV kurs trachomatologiczny dla lekarzy. Zadaniem tego kursu będzie zaznajomienie lekarzy, zainteresowanych akcją zwalczania jaglicy, w pierwszym zaś rzędzie lekarzy, ordynujących w przychodniach przeciwjagliczych i innych instytucjach leczniczych dla chorych jagliczych, oraz lekarzy sanitarnych i higjenistów (powiatowi, miejscy, rejonowi, szkolni i t. p.), sprawujących bądź nadzór nad akcją zwalczania jaglicy, bądź mających obowiązek zapobiegania szerzeniu się jaglicy, ze współczesnemi poglądami na istotę jaglicy, na metody leczenia, zapobiegania oraz organizowania społecznej walki z jaglicą.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) prosi Pana Wojewodę o powiadomienie interesowanych lekarzy o mającym się odbyć kursie oraz jednocześnie o polecenie podległym władzom, aby właściwych lekarzy, którzy dotychczas takiego kursu nie przesłuchali, wezwały do wzięcia w nim udziału oraz udzieliły wszelkich niezbednych ułatwień kandydatom, którzy na ten kurs zamierzają się udać.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Departament Służby Zdrowia) jednocześnie powiadamia, że pewnej liczbie kandydatów, poleconych przez Województwo, a którzy nie otrzymują delegacji służbowej od swej władzy bezpośredniej, będzie mogła być przyznana zapomoga w wysokości kosztów podróży i djet odpowiedniego stopnia służbowego na czas trwania kursu.

Kandydaci, ubiegający się o taką zapomogę, winni za pośrednictwem swej władzy bezpośredniej przed 15 maja r. b. przesłać do Departamentu Służby Zdrowia podania, zaopatrzone w następujące załączniki:

1. Krótkie curriculum vitae,
2. Poświadczenie bezpośredniej władzy o delegowaniu kandydata na kurs bez prawa do zlikwidowania kosztów podróży i djet.

Kandydaci, którym zapomogi zostaną przyznane, będą niezwłocznie o tem powiadomieni. t

W załączeniu przesyła się program kursu i warunki przyjęcia.

(—) *Dr. Piestrzyński*

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

PROGRAM

IV-go kursu trachomatologicznego dla lekarzy, który odbędzie się od 4 do 12 czerwca 1929 r. w Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie (ul. Chocimska Nr. 24).

I część — Wykłady.

1. Medycyna zapobiegawcza a praktyka lekarska (Wykład wstępny) — Dr. Chodźko (Warszawa).
2. Etjologja jaglicy (1 godz.) — Prof. Noiszewski (Warszawa).
3. Współczesne poglądy na istotę jaglicy i jej leczenie (1 godz.) — Prof. Szymański (Wilno).
4. Symtomatologja jaglicy (2 godz.) — Prof. K. Majewski (Kraków).
5. Patogeneza jaglicy (1 godz.) — Doc. Melanowski (Warszawa).
6. Epidemjologja i statystyka jaglicy (2 godz.) — Dr. Zachert.
7. Profilaktyka jaglicy (2 godz.) — Dr. Zachert.
8. Higjena oka i zapobieganie ślepocie (1 godz.) — Doc. Melanowski.
9. Leczenie nieżytów spojówki (2 godz.) — Dr. Wojno (Warszawa).
10. Leczenie jaglicy prostej (2 godz.) — Dr. Zachert.
11. Leczenie jaglicy powikłanej (1 godz.) — Doc. Melanowski.
12. Organizacja walki społecznej z jaglicą (2 godz.) — Dr. Zachert.
13. Organizacja i zadania przychodni przeciwjagliczej (1 godz.) — Dr. Zachert.

II część — 30 godz. zajęć praktycznych w klinikach okulistycznych i oddziałach szpitalnych oraz w przychodniach przeciwjagliczych w zakresie rozpoznawania, leczenia i zapobiegania jaglicy.

Kandydaci, pragnący wziąć udział w kursie, winni przesłać do Sekretarjatu Państwowej Szkoły Higjeny (Warszawa, Chocimska 24), najpóźniej do dnia 20 maja r. b., pisemne zgłoszenie z podaniem wieku i zajmowanego stanowiska i przebiegu pracy (curriculum vitae). Opłata za udział w kursie wynosi: za wykłady 10 zł., za zajęcia praktyczne 15 zł.

Liczba uczestników w zajęciach praktycznych jest ograniczona do 40.

Uczestnicy kursu mogą korzystać z bursy Państwowej Szkoły Higjeny.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. H. 964/29.

Warszawa, dnia 4 marca 1929 r.

Interpretacja pisma okólnego z dnia 17. X. 1928. Nr. Z. H. 4796/28.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Doszło do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, że pismo okólne z dnia 17. X. 1928, Nr. Z. H. 4796/28 w sprawie sprzedaży i przewożenia artykułów żywności, obejmujące najbardziej zasadnicze postulaty higjeny, obowiązywać mające przy sprzedaży artykułów żywności, spotyka się w instancji niższej względnie w zarządach gminych z interpretacją, która daje często powód do niezadowolenia szerszych mas z zarządzeń, wydanych na podstawie tego pisma. Wobec tego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje wyjaśnienia, dotyczące meritum niektórych punktów tego pisma okólnego.

ad 1) Pismo okólne wymaga, by podłoga była szczelna z materjału nieprzepuszczalnego (może być drewniana, cementowa, asfaltowa, lub tafelkowa) (w miastach, posiadających sklepy wytworniej urządzone). To samo dotyczy stołów, których blaty mogą być z drzewa (byle nie miały szczelin i szpar, gnieżdżących brud, trudny do usunięcia, a stanowiący dobre podłoże dla rozwoju bakteryj), w sklepach zaś pierwszorzędnych można wymagać, by blaty były szklane względnie marmurowe. Żądanie wykładania podłóg tafelkami oraz pokrywania stołów blatami marmurowemi lub szklanemi we wszystkich sklepach jest nieuzasadnione (obwieszczenie magistratu m. Kowla z dnia 12. XI. 28).O ile remont ścian w danych sklepach jest potrzebny, a zbyt trudny do przeprowadzenia w porze zimowej, pozostawia się uznaniu Pana Wojewody (Pana Komisarza), by z uwagi na przeszkody atmosferyczne odroczył termin ten do pierwszych cieplejszych miesięcy, nie później jednak, jak kwiecień—maj.

ad 2) Postanowienia tego punktu, zwłaszcza dotyczące odosobnienia sklepów od mieszkania, winny być w granicach możliwie dostępnych utrzymane, jako jeden z najważniejszych postulatów higjeny. Przepis ten, jako zasadniczy, obowiązuje zdawna i nie wprowada nic nowego. O ile trudności lokalne nie pozwalają na absolutne odsobnienie sklepu od mieszkania przez zamurowanie istniejących drzwi, należy, by te drzwi były chociażby tak szczelnie zastawione z jednej, zarówno jak i drugiej strony, by uniemożliwiona była bezpośrednia komunikacja z jednego do drugiego.

W przypadku zaś jednego tylko wejścia prowadzącego przez sklep do mieszkania lub odwrotnie, należy, by właściciel sklepu przy odnawianiu kontraktu lub w drodze porozumienia z właścicielem domu zaopatrzył mieszkanie (względnie sklep) w wejście oddzielne. Przy otwieraniu nowych sklepów przepis p. 2 winien być całkowicie utrzymany.

ad 6) Przepisy p. 6 winny być w zasadzie utrzymane, jednak przysługuje Panu Wojewodzie (Panu Komisarzowi) prawo według swego uznania i odpowiednio do warunków, w jakich odbywa się sprzedaż artykułów, o których mowa w ust. 1 p. 6, (a więc np. w sklepach spółdzielni lub innych, urządzonych zadowalniająco pod względem wymogów higjeny) czynić indywidualne odstępstwa, które to odstępstwa są w zupełności usankcjonowane wyrazem „z reguły", podanym w pierwszem zdaniu p. 6.

Ministerstwu zależy na tem, by organa administracyjne wykonawcze były należycie zorjentowane co do właściwego interpretowania przepisów przy wprowadzaniu ich w życie, gdyż w przeciwnym razie wydane zarządzenia nietylko że chybiają celu, ale, wywołując niezadowolenie obywateli, osłabiają jednocześnie autorytet władzy.

Co do zdania drugiego ustępu 1 p. 6, to interpretacja jego winna iść w tym kierunku, by przepis ten był stosowany zasadniczo tam, gdzie sprzedaż nie jest zróżniczkowana, gdzie niema wcale lub w niedostatecznej liczbie specjalnych punktów sprzedaży przedmiotów użytku codziennego. Ponieważ tego rodzaju warunki handlu (niezróżniczkowanego) spotyka się przeważnie w małych osiedlach, podane zostały ogólnikowo, jako odstępstwa od przepisu zdania pierwszego małe osiedla o niewielkiej liczbie sklepów; jednak w przypadku niezróżniczkowania handlu przepis ten może obejmować sprzedaż zarówno na przedmieściach np. Warszawy, jak na odległych kresach.

W szczególności w sprawie sprzedaży nafty w tego rodzaju sklepach wskazane jest, by sprzedaż ta odbywała się ze zbiorników (sklepowych lub piwnicznych) takiego typu, któryby sam przez się zapewniał w pewnym stopniu warunki higjeniczne sprzedaży; jednak i te zbiorniki (sklepowe) winny być umieszczone w miejscu, oddzielonem całkowicie od miejsc sprzedaży i pomieszczenia artykułów żywności.

Pismo okólne z dnia 17. X. 1928, Nr. Z. H. 4796/28 ma za zadanie przygotowanie i zaznajomienie się z terenem, który w niedługim czasie objęty będzie przepisami, opartemi na podstawie ustawowej i regulującemi w szczegółach sprzedaż i urządzenie sklepów z artykułami żywności. Szczupłe ramy pisma okólnego nie pozwoliły na rozwinięcie tez w niem podanych i należało się ograniczyć jedynie do wykreślenia wytycznych w kwestjach zasadniczych i palących. Jednak właściwe, umiejętne rozwinięcie tych tez ma przy wykonawstwie zarządzeń ważne znaczenie i na tę stronę sprawy zwraca się specjalną uwagę Pana Wojewody (Pana Komisarza).

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Adamski.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. H. 1169/29.
Warszawa, dnia 7 marca 1929 r.

W sprawie uporządkowania hoteli.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Nawiązując do okólnika Nr. 48, rozesłanego za Nr. OJ. 86/15 z dnia 25 lutego 1929 r., w sprawie wycieczek po kraju, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza) o zwrócenie specjalnej uwagi na uporządkowanie hoteli w tych miastach, które są wyznaczone dla ruchu wycieczkowego w związku z Powszechną Wystawą Krajową w Poznaniu.

Zechce Pan Wojewoda spowodować, by wykaz hoteli, mających odpowiednie urządzenia sanitarne (w szczególności bieżącą wodę w każdym pokoju i urządzenia kąpielowe) i dających możność wygodnego pobytu, był wywieszony na widocznem i dostępnem miejscu na dworcach we wszystkich tych miejscowościach, przez które w myśl przytoczonego okólnika mają być skierowane wycieczki.

(—) *Dr. Piestrzyński*
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

„Skorowidz lecznictwa" pod redakcją prof. Dra L. Korczyńskiego. Kartoteka. Kraków 1929.

Zapowiadany licznemi ogłoszeniami i prospektami „Skorowidz lecznictwa" przedstawia się rzeczywiście imponująco. Mamy przed sobą elegancką fornirowaną skrzyneczkę, zamykaną, mieszczącą kartotekę skorowidza. Bogata treść opracowana przez wybitnych klinicystów polskich podzielona jest na cztery działy.

Dział A zawiera w sposób zwięzły a treściwy i przejrzysty przedstawioną terapję szczegółową chorób, ułożoną według grup klinicznych. Grup tych jest 7, a obejmują one okulistykę, otolaryngologję, dermatologję, pedjatrję, ginekologję, internę i neurologję.

Kartki opisujące poszczególne choroby ułożone w grupach klinicznych alfabetycznie, zawierają obok najistotniejszych wiadomości z zakresu etjologji, patologji i symptomatologji, dokładne opisy leczenia, przyczem uwzględnione są prócz leczenia farmakologicznego leczenie dietetyczne, fizjoterapeutyczne, pielęgnacja chorego, zabiegi ręczne a po części i chirurgiczne.

Przy każdem schorzeniu spotyka się dostateczną ilość recept, doskonale przemyślanych i ułożonych, przyczem podnieść należy, że ilość tych recept nie jest za duża i decyzja co do wyboru tej czy owej recepty nie może lekarzowi sprawić kłopotu takiego jak przy użyciu kalendarzy lekarskich, gdzie nagromadzenie dużej ilości recept przy każdej sprawie chorobowej bez należytego objaśnienia, powodować może bezkrytyczne ich stosowanie prowadzące do polipragmazji, zwłaszcza przez młodych i niedoświadczonych praktyków. W Skorowidzu każdy wzór względnie recepta jest uzasadniona krótkiem i zupełnie wystarczającem objaśnieniem wypływającem z ogólnej terapeutycznej myśli przewodniej rozwijanej przy danej sprawie chorobowej.

Dział B zawiera około 450 opisów najważniejszych specyfików, ze wskazaniami stosowania, dawkowania, postacią w jakiej znajduje się w handlu i ceną.

Dział C zawiera treściwy opis związków chemicznych i przetworów galenicznych przyjętych przez farmakopeę.

W dziale tym przy opisie środków trujących, znajdujemy krótki lecz wyczerpujący opis zatruć i ich leczenia.

Dział D — ogólny — zawiera karty z ogólnemi wskazówkami tyczącemi się receptury, dawkowania, dietetyki, fizykoterapji, klimatoterapji i t. p. Każda karta posiada dość dużo wolnego miejsca przeznaczonego na notatki i uzupełnienia czynione przez samego lekarza.

Łatwość i szybkość z jaką można w Skorowidzu znaleść potrzebne wiadomości sprawia, że wydawnictwo to odda nieocenione usługi lekarzowi praktykowi, a główną zaletą jego jest to że posługiwać się można nim i podczas godzin ordynacyjnych bez wzbudzenia w pilnie obserwującym lekarza pacjencie podejrzenia, że lekarz nie zna się na swoim zawodzie, skoro odpisuje recepty.

Niezrozumie bowiem, że ogrom pamięciowy medycyny współczesnej nie pozwala na zapamiętanie wszystkich stosowanych środków i ich dawek, względnie że obraz jakiejś rzadkiej jednostki chorobowej wzgl. dłużej niestosowana recepta może

wylecieć z pamięci. Dalszą ważną zaletą Skorowidza, nie spotykaną w kalendarzach lekarskich są ceny podane przy każdym przepisanym środku, co pozwala lekarzowi przy wydawaniu swoich poleceń, na zastosowaniu się do stanu materjalnego pacjenta. Dalsze uzupełnienia skorowidza zamierzone przez wydawnictwo pozwolą na uzupełnienie niektórych braków. Zauważyłem n. p. w grupie chorób wewnętrznych brak opisu szkarlatyny i dyfterji, co niewątpliwie będzie wkrótce uzupełnione.

Całość więc musi się pochwalić i lekarzowi - praktykowi gorąco polecić.

J. Krzyżanowski (Lwów).

Marc Iselin: *Rany i zakażenia rąk (Plaies et Maladies infectieuses des mains).* Stron 217 z 66 rycinami w tekście. Wyd. Masson i Ska. Paryż. 1928.

Poza książkami Kanavel'a i Sterlinga Bunnel'a jest to jedyna w swoim rodzaju monografja, oparta na kilkuletniej skrupulatnej pracy autora. Napisana jasno i zwięźle, poświęcona studjum skaleczeń i zakażeń ręki, nadaje się specjalnie dla praktyka ogólnego, gdyż obejmuje wszystko zasadnicze, co trzeba wiedzieć przy udzielaniu pierwszej pomocy i dalszem leczeniu skaleczeń i zakażeń. Bardzo dodatnią stroną książki jest kierunek w jakim systematycznie idzie autor. Ręka jest narzędziem codziennej pracy, narzędziem bardzo subtelnem i ważnem i cała jej wartość jest związana z jej funkcją. Zachowanie funkcji ręki przy wszystkich jej schorzeniach musi być celem leczenia. I stąd specjalny nacisk autora na utrzymanie we wszystkich warunkach pozycji funkcjonalnej ręki (ręka nachylona pod kątem 60° ku stronie grzbietowej przedramienia, palce zgięte we wszystkich stawach pod kątem 60°, kciuk w opozycji) i funkcjonalne leczenie następowe.

Dla chirurga dużą wartość posiada rozdział poświęcony chirurgji odtwórczej ręki, okaleczałej przez wypadek lub zakażenie, przyczem autor omawia wszystkie, często mało znane sposoby ortopedycznego leczenia przykurczów i operacyjnego leczenia ubytków skórnych, ścięgnistych, kostnych i całych części ręki.

Książka Iselina jest bardzo cennym nabytkiem piśmiennictwa lekarskiego i należałoby jej życzyć, by znalazła się w rękach, zarówno każdego ogólnie praktykującego lekarza, jak i chirurga.

Gruca (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 10, z 15 maja 1929: J. Schlingmann: Przyczynek do kliniki gruźlicy nerek. — E. Stöckl: W sprawie uszkodzenia zarodka wskutek naświetlania promieniami Roentgena. — M. Pawlikowska i E. Piotrowski: O stosowaniu allonalu „Roche" jako środka nasennego i kojącego bóle.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 20, z 16 maja 1929: M. Goldbaum: Leczenie gośćca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnemi „Cutivaccin Paul". — L. Hirschfeld, W. Halberówna i J. Laskowski: O własnościach serologicznych tkanki normalnej i rakowej. — N. Piwko: Podstawy leczenia gruźlicy kostno - stawowej (streszczenie zbiorowe). — E. J. Zaczyński: Inwestycje w zdrojowiskach polskich. — Paradistal: Dr. Dawid Nisenson: (Wspomnienie pośmiertne).

Nowiny Społeczno - lekarskie, rok III, nr. 10, z 15 maja 1929: Ze Związku lekarzy P. P. — Z paradoksów życia lekarzy kasowych. Partactwo w lecznictwie. — Ustawy i rozporządzenia. — Medycyna społeczna zagranicą.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 20, z 19 maja 1929: J. Muszyński: Z wędrówek farmakognostycznych po Europie. Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Przegląd dermatologiczny, tom XXIV, nr. 2, z r. 1929: Wspomnienie pośmiertne: B. p. Wacław Sterling. — St. Kapuściński: W sprawie patogenezy i leczenia kiły. — J. Leyberg: Uwagi w sprawie endoskopji cewki przedniej w przewlekającej się i przewlekłej rzeżączce. — M. Mienicki: Przypadek ziarniniaka grzybiastego. — A. Eljaszówna: Pseudoxanthoma elasticum. — Fr. Krzyształowicz: W sprawie zmian wypryskowatych na tle zakażenia mikrobami ropnemi. — D. Rubinstein i J. Jaranowska: Wyniki stosowania octanu talu. — St. Ł. Kwiatkowski i St. Legeżyński: Odczyn wiązania dopełniacza w rzeżączce.

Ratownictwo, rok I, nr. 5, z maja 1929: H. Śledziewski: O sztucznym oddechu i ratowaniu osób w stanie pozornej śmierci. Z. Gilewicz: Przystosowanie wozu gospodarskiego i taborowego do transportu chorych (dok.). — W jakich uzdrowiskach leczyć swe choroby. — Uzdrowiska i letniska w Polsce. — M. Swoboda-Trzebiński: Zapobieganie nieszczęśliwym wypadkom.

Ginekologja Polska, tom VIII, zeszyt I — III, za styczeń - marzec 1929: Prace II Zjazdu Ginekologów Polskich w Poznaniu. — K. Bocheński: Obecny stan nauki w sprawie leczenia raka macicy. — E. Meisels: Zasady techniki naświetlań raka macicy. — J. Lenczowski: W sprawie powstawania i leczenia owrzodzeń pochwy, występujących w czasie stosowania energji promieniotwórczej w przypadkach raka macicy. — Z. Rychłowski: Wpływ energji promieniotwórczej na obraz wziernikowy pęcherza moczowego u chorych na raka szyjki macicy. — L. Lenczowski: Wartość badania drobnowidowego w leczeniu raka macicy. — J. Zubrzycki: Gruczoły chłonne miednicy, a doszczętność zabiegów w raku szyjki macicy. — K. Bocheński: W sprawie organizacji leczenia raka macicy energją promieniotwórczą. — J. Bajoński: Stosowanie promeni Roentgena w ginekologji poza zachorzeniem raka i mięsaków oraz stanów zapalnych z uwzględnieniem materjału Wojewódzkiej kliniki dla kobiet w Poznaniu. — T. Żuralski: Leczenie spraw zapalnych w ginekologji promieniami Roentgena. — S. Mączewski: W sprawie zachowawczego leczenia włókniaków macicy. — J. Niewola: Wyleczony przypadek nabłoniaka kosmówkowego. — A. Rosner: Otyłość a niepłodność. — S. Liebhart: Wpływ czynności jajnika na przemianę podstawową ze specjalnem uwzględnieniem niepłodności. — P. Keller: Badania doświadczalne nad hormonem jajnikowym. — T. Zwoliński: W sprawie zastosowania hormonu jajnikowego w przypadkach zaburzeń miesiączkowych. — J. Zubrzycki: O technice wszczepiania moczowodu. — T. Wiczyński: O operowaniu przetok pęcherzowych pochwowych, albo pęcherzowo - szyjkowo - pochwowych per sectionem altam (Mo. Gill Trendeleuburg). — J. Szymanowicz-Piekarska: Wyniki operacyjnego leczenia obniżeń i wypadnięć macicy. — J. Dobrzański: Zalety operacyjnego nastawienia macicy tyłozgiętej metodą włoską Pestalozza. — A. Natanson: Nowa operacja wypadnięcia macicy z pochwy. — A. Karnicki: W sprawie klinowego wycięcia dna macicy w przypadkach przewlekłego zapalenia przydatków macicy. — T. Zawodziński: Niektóre naukowe zdobycze hystero - salpingografji. — S. Mączewski: Badania doświadczalne zachowania się błony śluzowej wszczepionej do jajnika. — S. Sterling-Okuniewski: Kwasica w przebiegu ciąży, połączona z wymiotami niepowściągliwemi. — J. Garfunkiel: Przypadek mięsaka torbielowatego. — W. Milewicz: Wszczepienie jajnika do mięśnia prostego.

Medycyna, rok III, nr. 15 — 16, z 29 kwietnia 1929: Z. Szczepański: O świstach przy wysłuchiwaniu płuc, jako jednym z objawów gruźlicy płuc. — P. Bakke: O metodzie oznaczania witaminy B. — St. Leśniowski: O napadach snu i stanach pokrewnych. — Sew. Cytronberg: Badanie sprawności żołądka przy pomocy metod fizyczno - chemicznych.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 10, z r. 1929: M. Czerkawska: Dziecko i chochliki (wiersz). — Stefanja Lewartowicz: Poszanowanie osobowości dziecka. a kwestja wpływu wychowawczego. J. Strzelecka: Dzieci łatwe do prowadzenia. — E. Szelburg-Zarembina: Pająćzek. — M. Grzywo-Dąbrowska: Jak spędzić lato? — A. Klęsk: Różne zachowanie się małych dzieci w chorobie. — M. Morzkowska: Rozłożenie i przyrządzanie posiłków w okresie niemowlęctwa. — M. Ursz. Niepokoyczycka: O schorzeniach skóry u dzieci. — Matki między sobą.

Zagadnienia rasy, tom IV, rok XI, nr. 5, z marca 1929: L. Wernic: Aktualne zagadnienia ruchu eugenicznego wogóle, a w Polsce w szczególności. — A. Miller: Ustawodawstwo eugeniczne zagranicą i u nas. — W. Borkowski: Starość, odmładzanie i śmierć z punktu widzenia histerezy zarodzi. — Zdz. Świder: O typach krwi ludzkiej. — Z. Stanowski: O potrzebie rewizji zagadnienia Kretschmerowskiego przez badanie terytorjów rasowo różnych. — Szewczykowski: Sport, eugenika i zwyrodnienie rasy. — Z Towarzystwa Eugenicznego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis Lékařů českých.

L. 4. z r. 1929.

Doc .Dr. Zahradnický: *Doświadczenia nad gruźlicą urazową.*

Dr. V. Vůjtěch: *Dacryoadenitis gonorrhoica bilateralis przy gonoblenorrhoi adultorum bilateralis.*

As. Dr. Sabała: *Jaglica na ocznej klinice uniwersytetu Massaryka w Bernie r. 1927.*

K. Dr. J. Kurz: *Xanthosis bulbi.*

Dr. J. Mělka: *Leczenie rhinitis i anginy zawiesiną Polysanu.*

L. 5. z r. 1929.

A. Precechtěl: *Fizjologiczne i kliniczne znaczenie patologiczno - histologicznych zmian środkowego ucha i centralnego układu nerwowego u nowonarodzonych z nieprawidłowem ułożeniem płodu.*

Dr. J. Knobloch: *O zapaleniach okołopęcherzowych.* (Ciąg dalszy).

Dr. J. Hubaček: *Wpływ kosmiszno - metereologiczny w biologji i próba wytłumaczenia go.*

Dr. J. Schrutz i Dr. O. Vychytil: *Roentgenoterapja kurczowego kaszlu i jej wpływ na obraz krwi.*

Z praktyki lekarskiej:

Prof. Dr. S. Müller: *Uwagi tyczące się referatu prof. Jeriego o dekapzulacji nerki gruźliczej.* Referat wygłoszony w Towarzystwie lekarzy czeskich w Pradze dnia 26 XI 1928 r.).

Dr. E. Polak: *Znaczenie operacji Toreka dla leczenia kryptorchizmu* (wnętrostwa).

Z posiedzeń Towarzystw Lekarskich w Pradze, Bernie i Bratislavy.

L. 6. z r. 1929.

Dr. B. Hejda: *Krzywa tłuszczycowa metodą badania.*

Dr. J. Stolz: *O martwicy tkanki tłuszczowej.*

Cytosteatonekroza występuje zawsze w tkance tłuszczowej, w której dochodzi do aktywacji lipazy. Lipaza wywołuje zmydlenie protoplazmatycznego tłuszczu i przemianę w kwasy tłuszczowe i mydło. W okolicy martwicowego miejsca powstaje wtórne, oddziaływanie zapalne aktywacją histiocytów, o charakterze granulomu olbrzymio - komórkowego, przypominającego granulom, wytwarzający się naokoło ciał obcych. Kryształy kwasów tłuszczowych otorbione są komórkami olbrzymiemi, podczas gdy pozostałe tłuszcze dostają się do obiegu krwi przy pomocy histiocytów t. z. lipofagów. W przypadku cytosteatonekrozy, towarzyszącej *„pancreatitis"*, jest przebieg zawsze śmiertelny, ponieważ lipaza, wywołująca saponifikację, tworzy się przez aktywację soku trzustkowego, posiadającego i zaczyny atakujące białko i węglowodory. W innych przypadkach cytosteatonekrozy przebieg jest dobrotliwszy. Uwolnienie lipazy odbywa się najczęściej pod wpływem urazu, rzadziej z powodu niedokrwienia (ischaemia), albo jadów, prowadzących do charłactwa. Lipaza ta jest w większości przypadków pochodzenia endokomórkowego, a uwalnia się przez autolizę z protoplazmatu komórek tłuszczowych.

Dr. J. Knobloch: *O zapaleniach okołopęcherzowych.* (Dokończenie). Zapalenia okołopęcherzowe są przez cały szereg szkół rozmaicie tłumaczone. Ze stanowiska klinicznego oznaczany jako *„pericystitis"* wszelkie zapalenia tkanki łącznej, znajdującej się pomiędzy ścianą pęcherza moczowego po jednej a otrzewnej względnie powięziami po drugiej stronie. Etjologicznie rozróżniamy *pericystitis,* powstałą w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, dalej z zapaleń ze sąsiedztwa, *pericystitis* pochodzenia pęcherzowego (i ze zranienia pęcherza). Zapalenia te przedstawiają się patologoanatomicznie jako zwykłe zapalenia surowicze. Przypadki te bywały dotychczas przeoczane, aczkolwiek posiadają znaczenie, bądź dlatego, że mogą nam służyć za miernik stanu zapalenia organów, blizko pęcherza ułożonych, bądź występując jako powikłanie przy różnorodnych postaciach przetokowych albo *„cystitis"* ze wstępującem zakażeniem górnych dróg moczowych. Z objawów zwrócić należy uwagę, że przy pericystitis pochodzenia zewnętrznego występują dolegliwości, jakie zwykle towarzyszą zapaleniu pęcherza, z tą różnicą, że mocz pozostaje czystym; przy pericystitis pochodzenia pęcherzowego występuje nagłe pogorszenie się dolegliwości z zapaleniem pęcherza. Rozpoznanie zapalenia okołopęcherzowego wymaga szczegółowego badania klinicznego, cystoskopicznego i romanoskopicznego, oraz roentgenologicznego. Leczenie polega przedewszystkiem na usunięciu pierwotnego schorzenia, w stanach ostrzejszych oraz powikłaniach koniecznem jest radykalne leczenie samej *pericystitis.*

L. 7. z r. 1929.

Doc. Dr. A. Váňa: *O nagłem rozdarciu blizny powłok brzusznych po laparotomji.*

Ruptury blizn po laparotomji mogą być wywołane:

a) nieodpowiednią techniką operacyjną,

b) wadami materjału, użytego do zeszycia rany,

c) nieprawidłowym procesem gojenia w ranie.

Autor uważa przyczynę ostatnią za najważniejszą. W dwóch przypadkach opisanych przez autora zwiększała się prawidłowa kwasota rany, głównie z powodu braku tlenu we krwi, skutkiem czego nastaje widocznie przedwczesna resorbcja katgutu, jeszcze zanim zeszyta rana fizjologicznie złączyła się blizną. Przy wzmożeniu acidozy w ranie cierpi i jakość przyszłej blizny. Po powtórnem zeszyciu rana goi się dobrze, ponieważ sutura pierwsza była podnietą do mobilizacji procesów gojenia i regulatorów odczynu krewnego, tak, że gojenie nowe odbywa się w warunkach o wiele korzystniejszych.

Dr. F. Tománek: *O leczeniu nowotworów przy pomocy zastrzyków radioaktywnych.* Zastrzykami roztworu radu 1 milieurie na 1 cm^3 tkanki można zwiększyć żywotność otoczenia nowotworu. Raki podniebienia miękkiego, języka, migdałków, jeżeli nie przekraczały przed leczeniem wielkości laskowego orzeszka i nie wytworzyły przerzutów, po 1 roku zagoiły się klinicznie i bez przerzutów w 80% przypadków.

Dr. J. Vitek: *Zmiana w oddziaływaniu terenu w przebiegu toksyczno - zakaźnych neurotropowych chorób.*

Dr. O. Slovaček: *Los połkniętego ekstraktora nerwu.* Leczenie połkniętych obcych ciał jest zawsze z początku wyczekujące, z wyjątkiem przypadków, których groźne objawy żądają natychmiastowej interwencji chirurga. Leczenie konserwatywne uzasadnione jest doświadczeniami, że znaczny odsetek połkniętych obcych ciał opuszcza ustrój chorego bez uszkodzeń *per vias naturales.* Przez podanie odpowiedniego pożywienia, wywołującego zbity i obfity stolec, staramy się osiągnąć samoistne uwolnienie ciała obcego. Równocześnie kontroluje się przy pomocy skiaskopji (uwaga na poparzenie) względnie skiagrafji, drogę i umiejscowienie się ciała. Zatrzymanie się dłuższe ciała (wykazane kilkakrotnie roentgenem)jest wskazaniem do operatywnego usunięcia go, zwłaszcza, jeśli występuje trwały ból, lokalizowany przez chorego stale w jednem miejscu. Wskazaniem samo przez się zrozumiałem do operacji są objawy drażnienia otrzewnej przez połknięte ciała obce, ugrzęzłe w przewodzie pokarmowym.

Prof. Dr. J. Cisler: *Nauka o nerwie zwrotnym.* (Dokończenie). Autor udowadnia słuszność prawa Semon - Rosenbacha.

Ungar (Lwów.

Piśmiennictwo francuskie.

Le Sang.

Nr. 1. z r. 1929.

O. Eliascheff: *Znaczenie eozynofilji w pęcherzycach zwłaszcza w chorobie Duhringa.* Na 17 przypadków choroby Duhringa, 8 razy była we krwi i pęcherzach eozynofilja, 3 razy eozynofilja tylko w pęcherzach, 2 razy wyłącznie we krwi, w 4-ch przypadkach nieznaleziono eozynofilów ani we krwi ani też w pęcherzach. Eozynoflja jest zatem częstym objawem, aczkolwiek nie stałym w chorobie Duhringa, brak eozynofilji nie wyklucza jeszcze tego schorzenia. Ilość eozynofilów ulegała wahaniom niezależnie od przebiegu choroby. W miarę zwiększenia się ilości ropy w pęcherzach ilość eozynofilów w tychże malała.

J. Pavel i M. Bramovici: *Przyczynek do pochodzenia eozynofilów w wysiękach opłucnowych.* W wysiękach opłucnowych zawierających eozynofile spotykamy dwa rodzaje tych komórek. Pierwszy podobny do eozynofilów, występujących we krwi, drugi wielkości c. czerwonego lub małego limfocyta o silnie barwiącem jądrze, wypełniającem prawie całkowicie komórkę, zaś protoplazma, wypełniona ziarenkami eozynochłonnemi, czasem niebardzo ściśle od siebie oddzielonemi. Komórki te pochodzą z opłucnej, zaczem przemawiają: 1) Doświadczenia na zwierzętach z wstrzykiwaniem pilokarpiny do jamy otrzewnowej, wywołujące miejscową eozynofilję. 2) Analogja z przypadkami gruźlicy otrzewnej, w których obraz drobnowidowy wysięku przypominał białaczkę, podczas gdy krew przedstawiała się prawidłowo. 3) Wymienione eozynofile wielkości limfocyta spotyka się tylko wyjątkowo we krwi.

Powstają one z komórek jednojądrzastych (monocyty) limfocytów i komórek śródbłonkowych, to też spotykamy nieraz obok eozynochłonnych znaczny odsetek jednojadrzastych, przedstawiających wszystkie okresy przejściowe do eozynofilów. Przypuszczalną przyczyną pojawienia się tych komórek w wysiękach opłucnowych jest zdaje się obecność krwinek, ulegających rozpadowi.

M. V. J e d l i c k a: *Znaczenie czynników endogennych w powstawaniu nieprawidłowych obrazów krwi w przebiegu septikemji.* Początek i przebieg zakażenie zależny jest nietylko od jadowitości zarazka ale i od czynników konstytucjonalnych, które autor określa nazwą „dyspozycja endogenna". Osobnicy o konstytucji prawidłowej, obdarzeni są fizjologiczną dyspozycją względem zakażeń, w przeciwieństwie do osobników, wykazujących dyspozycję patologiczną, ulegających o wiele łatwiej zakażeniom, i u których przebieg zakażenia przedstawia się odmiennie niż u pierwszych. Patologiczna dyspozycja endogenna jest następstwem anomalji już to czynnościowej (regulacja), już to morfologicznej (zapas energji plastycznej) narządów, których zadaniem jest obrona przed zakażeniem, a więc szpiku, układu limfatycznego, układu siateczkowo - śródbłonkowego. Obraz krwi zależny jest w pierwszym rzędzie od szpiku kostnego, którego czynność regulują gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, układ współczulny i wpływy chemotaktyczne, nadto musi szpik posiadać pewien zapas energji, by w danym wypadku módz odpowiedzieć wzmożoną czynnością. Szpik będzie oddziaływał nieprawidłowo na zakażenie gdy czynność regulacyjna będzie upośledzoną lub też zapas energji będzie zbyt szczupły. Następstwem tego będzie zwyrodnienie szpiku kostnego, we krwi mniej lub więcej kompletna agranulozytoza i ciężki przebieg zakażenia.

Dowodzą tego 4 przypadki autora, z pośród których w pierwszym na początku septikemji wystąpiła lekka żółtaczka, leukopenja i agranulocytoza, która po upływie tygodnia ustąpiła, poczem krew wykazywała leukocytozę 15.000 w tem 72% neutrochłonnych. Przyczyną tej przemijającej agranulocytozy jest zwiększona wrażliwość układu regulującego szpik, ulegającego łatwo zaburzeniu pod wpływem działania jadów bakteryjnych. Drugi przypadek agranulocytozy wykazywał znaczny odsetek myeloblastów. Agranulocytoza wystąpiła dwukrotnie u tej samej chorej w odstępie 6-ciu miesięcy. Należy w tym przypadku przyjąć wyczerpanie się energji plastycznej samego szpiku o podłożu konstytucjonalnem. Agranulocytozy zatem należy uważać jako jeden z typów złośliwej i ciężkiej septikemji o obrazie krwi pozbawionym neutrofilnych, występujący u osobników o nieprawidłowej konstytucji. Zakażenie może też zaatakować układ limfatyczny. Pierwotnem miejscem zakażenia są tu zwykle migdałki, przychodzi do powiększenia gruczołów limfatycznych i śledziony, we krwi leukocytoza z przewagą limfocytów do 90% przeważnie postacie patologiczne. Mamy tu do czynienia ze specjalnym sposobem oddziaływania na zakażenie przeważnie streptokokkowe u osobników o pewnym typie konstytucjonalnym — limfatyczny, — u których układ limfatyczny zachował cechy tkanki limfatycznej dziecięcej, hamując jednocześnie układ szpikowy.

Odczyny monocytarne są następstwem długotrwałego i powtarzającego się zakażenia. Obok podłoża konstytucjonalnego ważną rolę odgrywa samo zakażenie. Agranulocytozy zwykłe i myeloblastyczne są wynikiem zakażenia o wiele bardziej jadowitego aniżeli odczyny limfatyczne i monocytarne, czego następstwem jest o wiele łagodniejszy przebieg tych ostatnich.

M. Sch. (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische klinik.

Nr. 1, 1929.

H. S c h l e s i n g e r: *Rokowanie i leczenie chromania przystankowego i początkowej zgorzeli kończyn. Natr. nitrosum* w postaci wstrzykiwań podskórnych lub dożylnych należy do najdzielniejszych środków. Nie należy używać większych dawek jak 0,02 pro dosi i 20—40 wstrzykiwań na całość leczenia. Do dobrych środków należy też duiretyna z papaveryną *(calcium - duiretin* 0,50, *papaverin* 0,04, 2—3 proszki dziennie). Słabsze działanie już powodują: benzyl. benzoicum, strychnin. nitr., chinin., insulina, roztwory hypertoniczne, telatuten i inne.

Sympatektomja Leriche'a wymaga ścisłych wskazań: 1) długotrwałe chromanie przystankowe i brak dostatecznej poprawy, 2) szybkie pogorszenie się procesu chorobowego i niebezpieczeństw zgorzeli, 3) początkowa zgorzel. Po dokonanej sympatektomji należy kontynuować leczenie przez 6—8 tygodni prądem galwanicznym, promieniami Roentgena (naświetlanie części lumbalnej kręgosłupa) i lekkiem naświetlaniem lampą kwarcową.

Nr. 2. 1929.

O. K l e i n i H. H o l z e r: *W sprawie niedomogi nerkowej w śpiączce cukrzycowej.* Opis przypadku śpiączki cukrzycowej z uszkodzeniem nerek i z następowem z tego powodu zejściem śmiertelnem. W moczu: białko +, cukier 0,2%, ciała acetonowe nieobecne, w osadzie wałeczki Külza .We krwi: 637 mg % cukru, 193 mg % ciał acetonowych, zapas zasad 12% CO_2; azot pozabiałkowy 70,7 mg %. Zejście śmiertelne w ciągu 24 godzin. Na sekcji. *nephropatha diabetica,* histologicznie zaś: obrzękłe przybłonki kanalików, kłębuszki w większości utrzymane i przerosłe. (Podobne przypadki opisali E l m e r i S c h e p s w Pol. Gaz. Lek. 41, 1928 oraz Deutsch. Arch. Klin. Med. 162, 1928).

Nr. 3. 1929.

L. L a n g s t e i n: *Leczenie krzywicy.* W sprawie toksycznego działania vigantolu autor wypowiada się przeciw twierdzeniu D e g w i t z a, że vigantol wpływa ujemnie w przypadkach krzywicy, powikłanej gruźlicą. W jednym tylko przypadku autor mógł zauważyć objawy uboczne w postaci podrażnienia nerek. Oczywiście należy wówczas preparat odstawić. Przestrzega przed przedawkowaniem vigantolu i wymaga podczas leczenia kontroli klinicznej.

Nr. 4. 1929.

C. P r a u s n i t z: *Zakażenie pałeczką Banga u ludzi.* Opis przypadku zakażenia pałeczką Banga u właściciela dóbr. Powolne objawy chorobowe, które po kilku tygodniach ujawniły się w pełni. Gorączka falista, do 40° C, tętno 80, samopoczucie niezłe, leukopenja, lymfocytoza, próba aglutynacyjna 1 : 15,000 więc dodatnia przy ujemnej próbie Vidala. Wyleczenie po 4 tygodniach.

Autor uważa, że rokowanie w tej chorobie jest dobre. Poleca pasteryzację wszelkich produktów mlecznych. Jako środek leczniczy stosuje szczepionkę z drobnoustrojów Banga. Ze względów różniczkowo - rozpoznawczych poleca próbę aglutynacyjną (ponad 1 : 100) szczególnie wątpliwych przypadkach duru brzusznego, gruźlicy, choroby Hodgkina idącej ze splenomegalją.

Nr. 9. 1929.

L. H a b e r l a n d t: *Farmakologiczne badania nad hormonem sercowym.* Odporność izolowanego serca żabiego na uśpienie chloroformowe i eterowe jest większe po uprzedniem stosowaniu hormonu sercowego.

K. F a h r e n k a m p: *Spostrzeżenia kliniczne nad hormonem sercowym „Hormocardiol" Haberlandta.* Stosowanie doustne, domięśniowe i dożylne hormodiacolu nie wywołuje objawów ubocznych. Hormon sercowy nie zastępuje wprawdzie naparstnicy, zmniejsza jednak wydatnie jej dawkę. Dlatego w przypadkach przewlekłych schorzeń serca, w których w miarę pogarszania się stanu chorobowego rośnie zapotrzebowanie dawek wzrastających naparstnicy, wskazanem jest leczenie kombinowane hormodiacolem i naparstnicą w mniejszych dawkach. Najlepsze wyniki utrzymuje się po hormodiacolu w przypadkach dusznicy bolesnej.

Nr. 10. 1929.

H. S e l y e: *W sprawie dny wapniowej.* (M. B. Schmidt).

M. B. S c h m i d t opisał przypadki dny wapniowej, w których przychodziło do odkładania się złogów wapnia, przyczem jednak układ kostny nie wykazywał żadnych zaburzeń niszczących. Autor opisuje przypadek dny wapniowej u kobiety 49 - letniej, która w stanie nieprzytomnym przywieziona na klinikę, wkrótce zmarła, tak że badań klinicznych nie można było przeprowadzić. W moczu stwierdzono białko i wałeczki szkliste. Na sekcji stwierdzono: *nephritis parenchymatosa, colitis pseudomembranacea,* zwapniałe serce, gruczolak ciałka przytarczycznego prawego górnego wielkości czereśni, układ kostny bez zmian. Histologicznie stwierdzono nacieczenie wapniowe kłębuszków i kanalików nerkowych, podobne nacieczenie mięśnia sercowego, wątroby, płuc i śledziony. Charakterystycznym dla tego przypadku był gruczolak ciałka przytarczneqo, jakiego dotychczas w dnie wapniowej nie opisywano. Autor uważa, że ten przypadek należy odnieść do zaburzonej przemiany wapniowej, w której gruczolak ciałka przytarcznego odegrał raczej rolę pierwotną, powodując zwiększone wytwarzanie parathormonu i następowe zmiany wapniowe.

V. J o h s s o n: *Tymczasowe doniesienie w sprawie gorączki falistej Banga z powikłaniami nerwowemi.* Opis przypadku zakażenia pałeczką Banga z próbą aglutynacyjną 1 : 2,560 i silnym odczynem odchylenia dopełniacza we krwi i w płynie mózgowo - rdzeniowym. Jako powikłanie autor stwierdził postępujące zaniki mięśniowe, porażenia i zaburzenia czuciowe. Powikłania takie należą do b. rzadkich.

Wł. E. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Sprawozdanie z uroczystego posiedzenia w dziesięciolecie śmierci ś. p. Napoleona Cybulskiego.

Dnia 24. IV. 1929 odbyło się urządzone staraniem Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego wspólnie z Wydziałem Lekarskim U. J. uroczyste posiedzenie ku uczczeniu pamięci Napoleona Cybulskiego w 10-letnią rocznicę Jego śmierci.

Sala upiększona popiersiem Profesora Napoleona Cybulskiego i kwiatami.

Przewodniczący Prezes Prof. Dr. Latkowski, w towarzystwie sekretarzy Prof. Dr. Gieszczykiewicza i Dr. Szczeklika.

Obecnych z górą 100 osób. Poza członkami Tow. Lekarskiego obecni są wszyscy członkowie Wydziału Lekarskiego U. J. oraz Goście; Profesorowa Napoleonowa Julja Cybulska ze starszym synem Dr. filozofji Benjaminem Cybulskim, Pan Wojewoda Dr. Kwaśniewski, Prof. Szymonowicz i Prof. Beck ze Lwowa, Prof. Czubalski z Warszawy, oraz profesorowie: Heinrich, prof. Rogoziński, prof. Surzycki, prof. Talko-Hryncewicz, prof. Estreicher z Krakowa, Szef Sanitarny D. O. K. V. płk. Dr. Korolewicz z gronem lekarzy wojskowych, cały szereg docentów, asystentów Zakładów Wydziału Lekarskiego i filozofji oraz słuchaczy medycyny.

Prezes Tow. Prof. Latkowski otwiera posiedzenie zagajeniem treści następującej.

„Otwierając dzisiejsze uroczyste posiedzenie Tow. lekarskiego, urządzone wspólnie z Wydziałem Lekarskim U. J., ku uczczeniu pamięci Napoleona Cybulskiego, witam dostojnych Gości, naczelników Władz i przedstawicieli świata naukowego, delegatów Uniwersytetów, jak i Szan. Kolegów Członków Tow. Lekarskiego, oraz młodzież akademicką. Jeśli dziś postanowiliśmy uczcić pamięć genjalnego uczonego jakim był Napoleon Cybulski w tym T-wie Lekarskiem, to czynimy to nietylko z tego powodu, że był On wielkim fizjologiem którego imię świeci w nauce obok Claude Bernarda, Dubois Reymonda, Helmholtza, Pflügera, Pawłowa, lecz także z tej przyczyny że zawsze zajmował się T-wem Lekarskiem bardzo gorąco, był zasłużonym Prezesem T-wa Lekarskiego, a nawet administratorem „Przeglądu Lekarskiego". Wszyscy pamiętamy jak urządzał obchód 50-letniego istnienia „Przeglądu Lekarskiego". Brał zawsze czynny udział w zjazdach naukowych lekarskich i niedawno opromieniał też swą sławą ostatni zjazd lekarzy i przyrodników polskich przed wojną w r. 1911.

W tej też sali obchodziliśmy jubileusz 25-letniej pracy naukowej Napoleona Cybulskiego w 1910 roku. To też my Jego uczniowie i współpracownicy raz jeszcze wyrazić musimy wielką swą wdzięczność Jego pamięci i dziś jeszcze raz złożyć hołd Jego zasługom gdyż był On i jest i pozostanie na zawsze dumą i chlubą naszej nauki!

Pamięć Jego pracy jest ciągle wśród nas żywą, a po 10 latach od Jego śmierci, zasługi naukowe Cybulskiego ciągle rosną, bo Jego myśli przyjmuje cały świat naukowy! Wszak Cybulski wraz z Szymanowiczem odkrył adrenalinę!

Dzięki szerokiemu swemu umysłowi, ogromowi wiedzy i znajomości fizyki i chemji, rozwiązywał też najzawilsze zagadnienia w nauce. Badał i wyjaśniał istotę prądów elektrycznych w mięśniach i nerwach, sięgał prawie do zagadki życia w przyrodzie! Tłomaczenie Jego zjawisk życiowych staje się obecnie podstawą współczesnej nauki, to też śmiało można nazwać twórczość Cybulskiego genjalną! Obowiązkiem jest więc nauki polskiej święcić dziś pamięć Jego imienia i pracy i przypomnieć światu Jego zasługi, czego nie można było podczas wojny uczynić. Obok zasług naukowych Cybulskiego trzeba podkreślić Jego wielką życzliwość dla ludzi i popieranie nowej myśli naukowej, co sprawiało, że gromadziły się koło Niego całe szeregi ludzi pracujących naukowo i niema prawie katedry na wydziale lekarskim nie tylko w naszym ale i w innych polskich Uniwersytetach, gdzieby wśród uczonych nie było Jego uczniów. Jako fizjolog rozumiał i oceniał życie społeczne i poświęcał dużo czasu obok pracy naukowej, pracy społecznej, przyczem było widać Jego wielki talent organizatorski, bo o rozwój umysłowy i kulturalny społeczeństwa naszego dbał wielce. Był znakomitym rektorem Uniwersytetu, był organizatorem wielu Towarzystw, był radnym miejskim, założycielem gimn. żeńskiego, kuratorem szkoły im. Baranieckiego, pracował też na polu higjeny.

Jako uczeń i współpracownik Cybulskiego a przedewszystkiem imieniem Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego składam na tem miejscu hołd i cześć Jego pamięci oraz wyrazy największego uznania dla Jego pracy".

Po zagajeniu zabiera głos Prof. Emil Godlewski imieniem Akademji Umiejętności:

„Od Akademji Umiejętności otrzymałem polecenie złożenia czci pamięci Napoleona Cybulskiego. Napoleon Cybulski uposażony w zdolności umysłowe, w zdolności eksperymentalne, zdobył taki dorobek naukowy, że miał się czem nie tylko przez całe życie dzielić z ludźmi, ale i że pozostawił wielką spuściznę innym pokoleniom. To też jeżeli Akademja Umiejętności przypomina Jego prace to myślimy wtedy o tych pracach naukowych które Napoleon Cybulski drukował dla Akademji Umiejętności. Akademją Umiejętności interesował się Napoleon Cybulski zawsze. Był On Dyrektorem trzeciego Wydziału matematycznego. To też dziś z prawdziwem wzruszeniem jako ten który zajmuje jedną z katedr najbliżej fizjologji stojących i jako ten, który na czele trzeciego Wydziału stoi, pozwolę sobie wyrazić wielką wdzięczność i hołd dla Jego pamięci i dla tego co po nim zostało".

Następnie zabiera głos imieniem Uniwersytetu Jagiellońskiego Prorektor Prof. Leon Marchlewski.

„Dziesięć lat dokładnie minęło od czasu kiedy Napoleon Cybulski nas opuścił. Atoli ducha Cybulskiego odczuwamy zarówno w objawach życia tak uniwersyteckiego jak i naukowego. I niejednokrotnie zadajemy sobie pytanie dlaczego tak jest. Dlaczego indywidualność Cybulskiego nie umarła i nie zginęła ale wśród nas w dalszym ciągu żyje. Dochodzi się do wniosku, że odpowiedź na takie pytanie może być tylko jedna; duch Cybulskiego był i jest duchem prawdziwego badacza, duch niezależny, bezwzględny, nikomu niepodległy, w pewnem znaczeniu żadnych autorytetów nieuznający, żadnej władzy ponad władzę wiedzy, w pewnem znaczeniu, jeśli chcecie, duch rewolucyjny, duch uczonego, który, niestety, w Polsce zamiera. Gdyby naprawdę tak być miało, że duchy tego rodzaju w nowożytnej Polsce miałyby zaginąć, wówczas uroczystość dzisiejsza byłaby poroniona, wtedy stanęlibyśmy z wyrazem wstydu i upokorzenia. I dlatego we wszystkich wysiłkach uniwersyteckich powinien być duch taki, aby ten kierunek Cybulskiego zachować. Czy nam się to uda? Przypuszczać trzeba, że wysiłkiem odpowiednim to zrealizujemy, ale zawsze pod warunkiem, że mamy iść śladami Cybulskiego, że kompromisu w nauce być nie może, żadnego lokajstwa, żadnej służalczości. Te właśnie cechy i hasła, mojem zdaniem, wyróżnią Cybulskiego od wszystkich innych uczonych. I dlatego jako przedstawiciel Uniwersytetu hołd tutaj Mu składam i wdzięczność głęboką, Wszechnicy całej umiłowanie, i wyrażam zdanie, że tylko śladami Cybulskiego idąc, utrzymamy dostojeństwo nauki, uczonego i profesora".

Następnie Prof. Franciszek Czubalski z Warszawy oddaje cześć pamięci N. Cybulskiego imieniem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego i zakańcza serdecznem wspomnieniem uczuć, jakie łączyły Go jako ucznia z Prof. Gybulskim.

Hołd w imieniu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie składa osobiście Prof. Adolf Beck. — Hołd w imieniu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego składa depeszą Prof. M. Eiger. — Hołd w imieniu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego składa depeszą zast. prof. Dr. Zbyszewski.

Z kolei Prezes udziela głosu Prof. A. Beckowi ze Lwowa, który w nadzwyczaj ładnej i podniosłej formie omawia znaczenie Prof. N. Cybulskiego jako uczonego i fizjologa.

Po przemówieniu Prof. Becka, Prof. E. Maydell podaje krótki życiorys Prof. Cybulskiego.

(Przemówienie Prof. A. Becka i E. Maydella było streszczeniem artykułów podanych w Nr. 17/28/IV 1929) Pol. Gaz. Lek.).

Jako ostatni przemawiał Prof. A. Rosner.

Przemówienie Prof. Rosnera:

Mam, jako ostatni mówca, skreślić obraz Cybulskiego jako człowieka. Naprzód jednak usprawiedliwić się muszę przed świetnem zebraniem, i wyjaśnić, jakie mam kwalifikacje do mówienia na ten temat i dlaczego po tylu przemówieniach, oceniających Cybulskiego objektywnie jako uczonego — ja — mówiąc o człowieku — muszę być subjektywnym. Starsi koledzy, tu obecni, wiedzą, że mam prawo o Napoleonie Cybulskim mówić, młodszym należy się wyjaśnienie.

Otóż, podobnie jak kol. Beck, siedziałem w ławie szkolnej w tym pamiętnym dniu, kiedy Prof. Cybulski pierwszy raz wszedł do sali wykładowej i powiódł po nas młodych Swojemi ślicznemi oczyma, szturmem zdobył sobie wówczas nasze serca. Należałem chyba do pierwszych, którzy pod kierunkiem Cybulskiego zaczęli pracować w Jego laboratorjum. Jeszcze na drugim roku medycyny rozpocząłem wspólnie z nieżyjącym dziś Stanisławem Czaplińskim swoją pierwszą pracę. A potem przez szereg lat bywałem stale w tej pracowni i znałem każdy pomysł Profesora i pa-

trzałem na wszystkie Jego doświadczenia. Pamiętam te chwile, kiedy ze zdumieniem patrzaliśmy na strome linje ciśnienia krwi na kimografionie, powstające pod wpływem adrenaliny — i pamiętam długo w noc przeciągające się doświadczenia na małpach nad lokalizacją czucia na korze mózgowej. Tam, w tej pracowni robiłem też pracę habilitacyjną.

A potem tak się stało, że największe szczęście mojego życia spotkało mnie w jego domu, a kiedy zły los to szczęście złamał, jakież szczere, jak gorące łzy spłynęły po zacnej twarzy Cybulskiego. Poznałem też z bliska te strony, w których Napoleon Cybulski się wychował i bywałem w Mińsku u tych ludzi, których pokochał jako młodzieniec-gimnazjalista.

Należałem do tych, którzy pierwsi starali się nieść mu pomoc, kiedy nagle ciężko zaniemógł i do tych, którzy otaczali Jego łoże śmierci w Zakładzie fizjologicznym.

Czyż nie mam prawa mówić o Nim, jako o człowieku, o Nim, który taki ogromny wpływ wywarł na mój rozwój naukowy, jak na moje życie domowe.

Jakim był Napoleon Cybulski? Pierwsze określenie, jakie się nasuwa — jest: był innym. Był zgoła odmiennym od wszystkich ludzi, którzy nas otaczali i jedno jest pewne, że człowiek o takich, jak On cechach, nie znajdzie się więcej między nami! To nie znaczy, żeby miał jakąś wyróżniającą Go od innych cechę elementarną, niezwykłość tej postaci leżała raczej w dziwnej kombinacji znamion Jego charakteru i usposobienia! Cybulski bywał rubasznym, ale ci co Go bliżej znali, wiedzieli, że ma duszę delikatną, nieraz wprost kobieco-subtelną.

Kombinowała się u Niego wielka uczoność i wielki rozum z niezmierną dobrocią. Te dwie cechy były tak sobą spojone, że nie można było podziwiać Jego prac naukowych, nie kochając Go równocześnie. Miało się nieraz takie wrażenie, że Jego rozum jest przepojony dobrocią, i że Jego dobroć jest rozumna.

Cybulski był po męsku stanowczy i konsekwentny, bywał też nieraz twardy — a równocześnie dusza Jego pełna była jakiejś dziwnej — kobiecej miękkości. Był popędliwy, ale równocześnie sprawiedliwy. O tylu problemach z Nim rozmawiałem, że wiem jakie było źródło tej Jego sprawiedliwości. Oto Cybulski przebywał nieraz umysłem i sercem w tak wysokich abstrakcyjnych dziedzinach, do których wzbić się może tylko wyrozumiałość, sprawiedliwość i miłość, ale poniżej której opadają skrzydła nienawiści, zazdrości i krzywdy ludzkiej. Ale czy nie było u Niego i innych pozornych antytez? Wiem, że Cybulski znał swoją wartość i dbał o uznanie zagranicy, ale równocześnie był nad wyraz skromny. Wszyscy, którzy Go znali potwierdzą, że do nikogo z nas tu w Towarzystwie Lekarskiem nie przemawiał z wyżyn uczonego, tylko na jednym z nami przebywał poziomie. W pomysłach Jego naukowych był powiew szeroki, a przecież towarzyszyło Mu ścisłe dobieranie drobnych szczegółów. Umiał być twórca śmiałych hipotez i równocześnie skrzętnym, pełnym samokontroli badaczem. — W końcu jedna jeszcze pozorna antyteza. Napoleon Cybulski nie uznawał, ba nienawidził separatyzmu dzielnicowego; przyszedł z Litwy, a czuł się w Krakowie szczęśliwym tak, jak szczęśliwym byłby się czuł wszędzie w Polsce. Pogardzał ludźmi, którzy uprawiali separatyzm dzielnicowy i widział w tem zubożenie duchowe i nieszczęście narodu. A przytem Cybulski był czystej krwi regionalistą litewskim. Do końca życia nie pozbył się, ani też nie pragnął się pozbywać regionalnych cech, charakteryzujących Polaków z Wileńszczyzny i Mińszczyzny. Uważał, że regionalista wzbogaca naród, że bez niego nie byłoby wielu arcydzieł: Mickiewicz nie byłby napisał Pana Tadeusza, gdyby niebył ze sobą zawiózł do Paryża kawałka Litwy, a bez Wawelu i starych murów Krakowa, nie byłoby dzieł Wyspiańskiego. Ale czy ci wielcy regjonaliści byli separatystami? Gościnny dom Napoleona Cybulskiego był jakiś odmienny, bo był w Krakowie domem Wileńskim, a dworek Jego pod Krzeszowicami był w atmosferze, jaka w nim panowała, absolutnie takim samym, jak polskie szlacheckie dworki w Wileńskiej, czy Mińskiej ziemi. Kto bywał w Prochowni i tam na Litwie nie mógł tej identyczności nie zauważyć!

Tak! Napoleon Cybulski był postacią niezwykłą. Dobrze się stało, że w dziesięć lat po Jego zgonie poświęcono Mu ten wieczór.

Przedmówcy moi wywołali z zaświata Jego cienie, a my, którzy stanowimy garstkę, reprezentującą tą przyjaźń, korzystamy z tej jedynej chwili, ażeby Mu złożyć hołd, a zarazem powiedzieć, że żyje w nas Jego obraz i że dozgonną zachowamy wdzięczność za Jego bezmierną dobroć i za wszystko co nam tak szczodrze dał ze Siebie.

Po skończonych przemówieniach Sekretarz Generalny T-wa Lekarskiego Prof. Gieszczykiewicz odczytuje telegramy nadesłane pod adresem Komitetu urządzającego obchód ku czci Prof. Cybulskiego. Depesze były od rozmaitych towarzystw naukowych i lekarskich, oraz od całego szeregu profesorów, uczniów, lekarzy i znajomych ś. p. Napoleona Cybulskiego, którzy nie mogli osobiście przyjechać do Krakowa.

Uroczystość ta była pełna wzniosłego nastroju i pozostawiła po sobie głębokie wrażenie.

XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie.

(Okólnik Nr. 3).

Komitet organizacyjny zjazdu podaje do wiadomości obecny stan prac przygotowawczych.

I. Termin Zjazdu 26—29 września 1929.

II. Ostateczny skład sekcyj naukowych:

Sekcja Nr. 1. (Nauk matematycznych, fizycznych i astronomicznych). Przew.: prof. dr. Wiktor Staniewicz. Zast. przew.: prof. dr. Władysław Dziewulski i prof. dr. Wacław Dziewulski. Sekr. prof. dr. J. Rudnicki, zast. sekr. prof. dr. Stefan Kempisty. Biuro sekcji: Obserwatorjum astronomiczne U. S. B. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 2. (Chemji). Przew.: prof. dr. M. Hłasko, zast. przew.: prof. dr. E. Bekier. Sekr.: mg. Osman Achmatowicz. Biuro: Zakład chemji nieorganicznej U. S. B., ul. Nowogródzka 22.

Sekcja Nr. 3. (Geologji, geografji, mineralogji i paleontologji). Przew.: prof. dr. B. Rydzewski. Zast. przew.: prof. dr. M. Limanowski. Sekr.: dr. P. Radziszewski. Biuro: Zakład Geologji U. S. B., ul. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 4. (Anatomji, zoologji i antropologji). Przew.: prof. dr. M. Reicher. Zast. przew.: prof. dr. Szeliga - Mierzeyewski. Sekr.: dr. Jan Prüffer. Biuro: ul. Słowackiego 15.

Sekcja Nr. 5. (Botaniki). Przew.: prof. dr. Józef Trzebiński. Zast. przew.: prof. dr. Piotr Wiśniewski. Sekr.: Bronisław Szakien. Biuro: Zakład Botaniki Rolniczej U. S. B., ul. Objazdowa 2. (Coll. J. Piłsudskiego).

Sekcja Nr. 6. (Przyrodniczo - dydaktyczna). Przew.: dr. Zygmunt Fedorowicz (ul. Mała Pohulanka 1). Sekr.: Zygmunt Hryniewicz nauczyciel gimn., ul. Dominikańska 3.

Sekcja Nr. 7. (Przyrodniczo - rolnicza). Przew.: prof. dr. Stefan Bazarewski. Sekr.: inż. Józef Szystowski. Biuro: Zakład uprawy roli i roślin U. S. B., ul. Objazdowa 2.

Sekcja Nr. 8. (Anatomji patologicznej i medycyny sądowej). Przew.: prof. dr. K. Opoczyński. Zast. przew.: prof. dr. S. Schilling-Siengalewicz. Sekr.: dr. Z. Jakubowski. Biuro: Zakład Anatomji patologicznej U. S. B. Wilno, Antokol.

Sekcja Nr. 9. (Bakterjologji, higjeny i medycyny społecznej). Przew.: prof. dr. Kazimierz Karaffa - Korbut. Zast. przew.: prof. dr. T. Gryglewicz i dr. G. Sztolcman. Sekr.: doc. dr. Safarewicz. Biuro: Zakład Higjeny U. S. B. Antokol, Szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 10. Fizjologji, chemji fizjologicznej, patologji doświadczalnej i farmakologji). Przew.: prof. dr. C. Traczewski. Zast. przewodniczącego: prof. dr. M. Eiger. Sekr.: doc. dr. E. Czarnecki. Biuro: Zakład fizjologji U. S. B. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 11. (Medycyny wewnętrznej). Przew. prof. dr. Z. Orłowski. Zast. przew.: dr. Leon Klott. Sekr.: dr. Kuncewiczówna i dr. Cynkutisówna. Biuro: I. Klinika chorób wewnętrznych U. S. B. szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 12. (Chirurgji). Przew.: prof. dr. K. Michejda. Sekr.: dr. Zemojtel. Biuro: Klinika chirurgiczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 13. (Radjologji). Przew. dr. Leon Sułkowski. Sekr.: dr. Wł. Gimbutt. Biuro: Wilno, Szpital kolejowy.

Sekcja Nr. 14. (Ortopedji). Przew.: dr. A. Zalewski. Biuro: Klinika chirurgiczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 15. (Otolaryngologji). Przew.: prof. dr. J. Szmurło. Zast. przew.: dr. F. Świeżyński. Sekr.: dr. Tadeusz Wąsowski i dr. P. Rozwadowski. Biuro: Klinika uszna, Antokol.

Sekcja Nr. 16. (Pedjatrji). Przew.: prof. dr. W. Jasiński. Sekr.: dr. H. Kaulbersz - Marynowska. Biuro: Klinika chorób dzieci. Antokol, Szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 17. (Chorób nerwowych). Przew.: prof. dr. Stanisław Władyczko. Zast. przew.: dr. A. Falkowski. Sekr.: dr. Janina Hurynowiczówna. Biuro: Klinika neurologiczna U. S. B. Szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 18. (Psychjatrji). Przew.: prof. dr. R. Radziwiłłowicz. Sekr.: dr. H. Jankowska. Biuro: Klinika psychjatryczna U. S. B., ul. Letnia 5, Antokol.

Sekcja Nr. 19. (Okulistyki). Przew. prof. dr. J. Szymański. Zastępca przew.: dr. Halecki. Sekr.: doc. dr. Abramowicz. Biuro: Klinika oczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 20. (Ginekologji i położnictwa). Przew.: prof. dr. W. Jakowicki. Sekr.: dr. Zaleski. Biuro: Klinika ginekologiczna U. S. B., Bogusławskich 3.

Sekcja Nr. 21. (Chorób skórnych i wenerycznych). Przew.: dr. Hanusewicz. Zast. przew.: dr. M. Mienicki. Sekr.: dr. E. Sawicki. Biuro: Klinika chorób skórnych U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 22. (Stomatologji). Przew.: dr. A. Mancewicz. Zast. przew.: lek. dent. Adam Wolański. Sekr.: A. Mikulski. Biuro: ul. Wileńska 26 m. 6. (w mieszkaniu lek. dent. A. Wolańskiego).

Sekcja Nr. 23. (Historji i filozofji medycyny). Przew.: prof. dr. Stanisław Trzebiński. Sekr.: doc. dr. Czarnecki. Biuro: Seminarjum Historji medycyny U. S. B. Collegium Świętojańskie.

Sekcja Nr. 24. (Medycyny wojskowej). Przew.: pułk. lek. dr. Szczepan Ordynowski. Grodno D. O. K. Zast. przew.: ppłk. lek. dr. J. Bohuszewicz. Sekr.: mjr. lek. dr. Jan Pióro. Biuro w mieszkaniu sekretarza, Szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 25. (Nauk farmaceutycznych). Przew.: prof. dr. J. Muszyński. Zast. przew.: Wład. Sokołowski. Sekr.: inż. W. Strażewicz. Biuro: Zakład farmakognozji U. S. B., ul. Objazdowa 2.

Sekcja Nr. 26. (Weterynarji). Przew.: lek. wet. Apolonjusz Głuchowski, ul. Jagiellońska 7 m. 9. Sekr.: lek. wet. Antoni Nowicki, ul. Zygmuntowska 12. Biuro tamże.

Sekcja Nr. 27. (Prasy lekarskiej i przyrodniczej). Przew.: prof. dr. J. Szmurło. Zast. przew.: dr. Jan Prüffer. Biuro: Klinika otolaryngologiczna U. S. B. Antokol.

Program Zjazdu w najogólniejszych zarysach ustalono następująco: Każdego dnia odbędzie się jedno plenarne posiedzenie z referatem bez dyskusji. Posiedzenia te trwać będą około godziny (od 9 — 10), poczem się rozpoczną obrady sekcyjne. Na zaproszenie komitetu organizacyjnego wykłady na plenarnych posiedzeniach wygłoszą: W pierwszym dniu Zjazdu prof. dr. Leon Marchlewski z Krakowa na temat: Przemiana materji w ustroju zwierzęcym a roślinnym, w drugim dniu prof. dr. Emil Godlewski z Krakowa na temat: Starość i śmierć jako zjawiska biologiczne, w trzecim dniu prof. dr. E. Piasecki z Ponzania na temat: Biologiczne podstawy wychowania fizycznego, w czwartym i ostatnim dniu prof. dr. Witold Nowicki ze Lwowa na temat: Zagadnienie choroby raka w nauce i życiu społecznem. Ponadto zamierzone jest poświęcenie części ostatniego posiedzenia pamięci J. Mianowskiego z powodu 50-lecia jego śmierci. Przemówienie wygłosi prof. Wrzosek z Poznania.

Programowe wykłady w sekcjach ogłoszone będą przez poszczególne sekcje.

Komitet organizacyjny prosi wszystkich lekarzy i przyrodników, którzy zgłoszą referaty w sekcjach o nadsyłanie tematów wraz ze streszczeniami przed dniem 31 sierpnia. W Pamiętniku Zjazdu wykłady ogólne będą drukowane w całości; na referaty programowe w sekcjach rezerwuje się cztery stronice druku, na referaty mniejsze po $^1/_2$ stronicy.

W myśl postanowień Statutu Zjazdów (§ 25) na posiedzeniach sekcyjnych prelegenci mają prawo mówić 20 minut. W dyskusji wolno zabierać głos dwa razy, mówić wolno minut 10.

Sekcja mieszkaniowa apeluje do wszystkich członków i uczestników Zjazdu o zgłaszanie swego udziału przed dniem 31 sierpnia. Jest to potrzebne ze względu na wygodne rozmieszczenie i na przygotowanie odpowiednich mieszkań. Zgłaszać się należy na ręce przewodniczącego sekcji dra H. Rudzińskiego, ul. Wielka 51 (wojew. Urząd Zdrowia) z podaniem życzenia co do mieszkania (mieszkanie w hotelu, w domach prywatnych, w klinikach).

Dla członków i uczestników Zjazdu są przewidziane zniżki kolejowe w granicach przyjętych przez Zarząd Kolejowy (66%-owa zniżka w drodze powrotnej).

Sekcja wycieczkowa organizuje szereg wycieczek w bliższe i dalsze okolice Wilna. Bliższe szczegóły poda do wiadomości sekcja wycieczkowa, na której czele stoją prof. Limanowski i prof. Rydzewski. Zwiedzanie miasta odbędzie się pod kierownictwem uproszonego w tym celu prof. Ruszczyca.

W czasie Zjazdu zorganizowana będzie wystawa. Na czele sekcji wystawowej stoi prof. Muszyński (Wielka 24).

Wysokość wkładki za udział w Zjeździe ustalono dla członków na zł. 30, dla uczestników 20 zł. Komitet organizacyjny prosi wszystkich członków i uczestników o nadsyłanie wkładki przy zamawianiu mieszkania do P. K. O. konto Nr. 81309 (skarbnik dr. W. Bądzyński).

(—) *Prof. Michejda* Generalny Sekretarz. (—) *Prof. Januszkiewicz m. p.* Przewodniczący.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Sekcja naukowa Warszawskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Eugenicznego — ogłasza konkurs kandydatów na temat z eugeniki, specjalnie dotyczący warunków Polski. W tym celu Sekcja zwróci się drogą ogłoszeń do wszystkich uniwersytetów i pracowni naukowych ze szczególnem uwzględnieniem genetycznych, biologicznych, antropologicznych statystycznych i patologicznych, oraz do poszczególnych uczonych.

W razie zgłoszenia większej ilości prac, pierwsza otrzyma nagrodę 1000 zł., druga będzie ogłoszona, trzecia będzie wydrukowana ew. streszczona. — Szczegóły będą ogłoszone przez jury którego skład jest podany w sprawozdaniu z Sekcji Naukowej.

Z Towarzystwa Dermatologicznego. Prezesem oddziału Warszawskiego Tow. Dermatologicznego został obrany Dr. Leon Wernic.

Konkurs na stanowisko dyrektora Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie. Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego ogłosiło konkurs na stanowisko dyrektora Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie. O powyższe stanowisko ubiegać się mogą kandydaci, którzy ukończyli studja w uniwersytecie lub w innym zakładzie naukowym i nabyli doświadczenia pedagogicznego, tudzież obeznani są z metodami uczenia i wychowania głuchoniemych i ociemniałych. — Udokumentowane podania wnosić należy do Kuratorjum Okręgu Szkolnego Warszawskiego w Warszawie, Aleje Ujazdowskie 20.

I. Zjazd Związku Dermatologów słowiańskich w Warszawie, w dniach 28, 29 i 30 czerwca 1929 r. Program Zjazdu: 28 czerwca godz. 8 rano: Posiedzenie Rady Delegatów Towarzystw Słowiańskich — w Klinice Dermatologicznej, ul. Koszykowa 82 a, godz. 11: Otwarcie Zjazdu — Klinika Dermatologiczna, godz. 15: Posiedzenie naukowe (wykłady) w Klinice Dermatologicznej. — 29 czerwca: godz. 9 rano: Posiedzenie naukowe (pokazy chorych) w Klinice Dermatiligicznej, godz. 15: Posiedzenie naukowe (wykłady) w Klinice Dermatologicznej, godz. 20: Bankiet. — 30 czerwca: godz. 9 rano· Posiedzenie naukowe (pokazy chorych) w Szpitalu św. Łazarza, ul. Książęca 2, godz. 15: Posiedzenie naukowe (wykłady) i zamknięcie Zjazdu w Klinice Dermatologicznej. — Zgłoszenia uczestników należy przesyłać do sekretarza Komitetu Zjazdu, D-ra St. Kapuścińskiego — Warszawa, Koszykowa, 82 a — do dnia 11 czerwca. Szczegółowy program tematów będzie przesłany po otrzymaniu zgłoszenia uczestnictwa w Zjeździe.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XVI Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 24 maja b. r. z następującym porządkiem dziennym:

1) kol. A. Gruca: Trzy przypadki złamań (pokaz); 2) kol. S. Mikołajski: a) Pomoc położnicza w Województwie lwowskiem w świetle statystyki urzędowej (wykład); b) Walka z gruźlicą w Województwie lwowskiem w r. 1928 (wykład). W dyskusji zabierali głos kol.: Sołowij, Bocheński, Kielanowski, Lipski, Doliński, Tyszka, Selzer M., Grek, Gąsiorowski, Węgrzynowski, Bühn, Pisek.

Towarzystwo Lekarzy b. Galicji. W sprawozdaniu Towarzystwa za rok 1928 wydrukowanym w Nr. 20 Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. opuszczono przez przeoczenie szereg nazwisk członków, a mianowicie:

W wykazie członków Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego nazwiska następujące: Dr. Berezowski Tadeusz, Dr. Biernacki Henryk, Dr. Karasiński Stanisław, Prof. Dr. Wachholz Leon, czł. honor.

W wykazie członków z prowincji: Dr. Frank Apolinary, Mielec; Dr. Hołuba Teofil, Zarszyn; Dr. Karaś Andrzej, Sucha; Dr. Orłowski Władysław, Jarosław; Dr. Siary Stanisław, Jarosław: Dr. Szumski Władysław, Myślenice.

Pozatem winno być: Dr. Grzędzielski Władysław, Lwów; Dr. Scheuring Herman, Lwów; Dr. Sternbach Karol, Kraków; Dr. Janczy Franciszek, Nowy Sącz; Dr. Ożarowski Stanisław, Uhnów.

Za te przeoczenia — niezależne zresztą od niej — Rada Zawiadowcza niniejszem przeprasza wymienionych Kolegów, czemu zresztą dał wyraz Prezes Towarzystwa w przemówieniu swem na Walnem Zebraniu, odbytem w dniu 30 maja br.

Poznań.

W piątek, dnia 24 maja 1929 r. o godzinie 20,15 odbyło się w Klinice Dermatologicznej U. P. (Szpital Miejski, III piętro) Zebranie Wydziału Lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu, 2) Pokazy, 3) Doc. Dr. Filiński (Warszawa): Niedomoga serca.

Kursa dokształcające dla lekarzy. Wydział Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego urządza od 7—12 października r. b. kursa dokształcające dla lekarzy, na które zapowiedzieli wykłady prawie wszyscy profesorowie i docenci.

Z kraju.

Regulamin Sekcji Psychjatrycznej Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Wilnie w dniach od 26 do 29 września 1929 r.

Referaty, zgłoszone na Zjazd, powinny być złożone Redakcji „Rocznika Psychjatrycznego" przed 1-ym czerwca 1929. Referaty zostaną in extenso wydrukowane w „Roczniku" przed terminem Zjazdu. W ten sposób każdy uczestnik Sekcji Psychjatrycznej będzie miał możność zapoznania się z referatami przed Zjazdem. Referent na samym Zjeździe będzie rozporządzał tylko 10 minutami dla przedstawienia wytycznych referatu. Na dyskusję przeznacza się 5 miunt dla każdeyo uczestniczącego w dyskusji. Referent ma w dyskusji głos ostatni.

Pierwszy dzień Zjazdu jest przeznaczony na referaty na temat zasadniczy „Psychopatja" i na dyskusję nad tym tematem. Przedpołudniowe posiedzenie drugiego dnia jest przeznaczone na referaty na temat „Budownictwo Psychjatryczne" i na dyskusję nad tym tematem.

Popołudniowe posiedzenie drugiego dnia jest przeznaczone na Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, w myśl uchwały powziętej na ostatnim Zjeździe Psychjatrów Polskich w Warszawie.

Cały trzeci dzień Zjazdu jest przeznaczony na referaty luźne. Referenci tematów zasadniczych zostali wybrani na podstawie porozumienia Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego z Komisją Organizacyjną Sekcji Psychjatrycznej Zjazdu.

Regulamin powyższy został ustalony przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego łącznie z Komisją Organizacyjną Sekcji Psychjatrycznej Zjazdu i obowiązuje uczestników Sekcji.

Frekwencja polskich zdrojowisk zwiększa się z roku na rok. Dla porównania podajemy cyfry z roku 1913 i obecne:

	r. 1913	Obecnie	Stosunek %-owy[1])
Busko	4.260	8.000	189.23
Ciechocinek	12.609	22.000	174.60
Delatyn	?	5.000	?
Druskienniki	Dat nie dostarczono		
Goczałkowice		1.626	
Horyniec	500	600	120.0
Inowrcclaw	404	4.370	1075.0
Iwonicz	4.000	7.945	198.6
Jastrzębie	2.000	4.000	200.0
Krościenko	600	1.200	200.0
Krynica	8.600	32.800	381.0
Lubień Wielki	1.620	2.300	142.0
Nałęczów	3.000	4.116	137.2
Niemirów	400	1.800	466.4
Podgórze (wydano kąpiel)	3.900	6.800	174.3
Rabka	2.906	17.000	586.2
Rymanów	Dat nie dostarczono		
Solec	1.400	1.400	100.0
Swoszowice (wydano kąpiel)	8.000	27.000	337.5
Szczawnica	3.251	7.359	236.0
Truskawiec	5.000	15.000	300.0
Żegiestów	1.000	1.809	186.9

Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Ciechocinku w ścisłym porozumieniu z Zarządem Zdrojowiska, Komisją Zdrojową oraz Gminą i Stowarzyszeniem Właścicieli Nieruchomości w Ciechocinku, po uzyskaniu aprobaty Departamentu Służby Zdrowia M. S. W. organizuje w Ciechocinku II-gi trzydniowy Kurs dokształcający dla lekarzy w dniach 1, 2 i 3 września r. b.

[1]) Frekwencja z r. 1913 przyjęta za 100%.

Niezwykłe powodzenie zeszłorocznego Kursu, na który zapisało się 320 lekarzy, zawdzięczaliśmy udziałowi wybitnych przedstawicieli świata lekarskiego, a stąd wysokiemu poziomowi wykładów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków. Komitet Organizacyjny, dążąc do postawienia tegorocznego Kursu na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do P. P.: prof. d-ra St. Ciechanowskiego (Kraków), prof. d-ra A. Gluzińskiego (Warszawa), prof. d-ra Fr. Gröera (Lwów), prof. d-ra L. Hirszfelda (Warszawa), doc. d-ra T. Janiszewskiego (Kraków), prof. d-ra W. Jezierskiego (Poznań), prof. d-ra A. Karwowskiego (Poznań), prof. d-ra J. Nowaka (Kraków), prof. d-ra J. Piltza (Kraków), prof. d-ra A. Rosnera (Kraków), doc. d-ra A. Sabatowskiego (Lwów), prof. d-ra B. Sawickiego (Warszawa), doc. d-ra Semerau-Siemianowskiego (Warszawa), prof. d-ra J. Szmurły (Wilno), prof. d-ra S. Wierzejewskiego (Poznań).

Większość wymienionych prelegentów przyrzekło już swój współudział w Kursie. Uczestnicy Kursu mają zapewnione mieszkanie (bezpłatne) w zdrojowisku i ulgi kolejowe. Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania i po skończonym Kursie (m. inn. na Wystawę do Poznania). Dokładny program będzie ogłoszony we właściwym czasie.

Ze względów mieszkaniowych liczba uczestników Kursu ograniczona jest do 300.

W imieniu Komitetu Kursów dokształcających: Dr. W. Przywieczerski, Naczelnik Wydz. Zakł. leczn. i Uzdr. Dep. Sł. Zdr. M. S. W. Inż. St. Kozłowski, Dyrektor Państw. Zakł. Zdr. w Ciechocinku. Dr. J. Dembicki, Przedstawiciel kom. Zdr. w Ciechocinku. A. Koperkiewicz, Burmistrz m. Ciechocinka, Skarbnik K. K. St. Żurkowski, Prez. Stow. Nieruch. w Ciechocinku. Prof. Dr. E. Loth, Przewodniczący K. K. Doc. Dr. L. Lorentowicz, zastępca przewodniczącego. Dr. C. Hoppe, Sekretarz K. K. Dr. K. Ciągliński. Pułk. Dr. J. Drac. Dr. T. Fafius. Dr. P. Rudzki.

Ze świata.

Dziewiąty Zjazd Towarzystwa Chorób przewodu pokarmowego i Przemiany materji odbędzie się w dniach od 16—18 października 1929 roku w Berlinie w gmachu Langenbeck — Virchow. Przewodniczący prof. Haberer z Düsseldorfu.

Tematy następujące:

1. Ocena leczenia farmakologicznego przewodu pokarmowego. Referują: Trendelenburg — Berlin, Westphal — Hannover. Do dyskusji wezwano: Sauerbruch — Berlin, Orator — Düsseldorf.
2. Skurcz wpustu *(Kardiospasmus)*. Referują: Starck — Karlsruhe. Do dyskusji wezwany Payr — Lipsk.
3. Skurcz oddźwiernika. Referują: Schlossmann — Düsseldorf, Kirchner — Tübingen. Do dyskusji wezwani: Nobel — Wiedeń, Rammstedt — Münster.
4. Chudość i Otyłość wewnętrznego pochodzenia. Referują: Thannhauser — Düsseldorf, J. Bauer —Wiedeń. Do dyskusji wezwani: v. Bergmann — Berlin, Ranzi — Innsbruck, Raab — Wiedeń, Wagner — Berlin, Liebesny — Wiedeń, Rabe — Hamburg.
5. Nowe poglądy na choroby wątroby z punktu widzenia internistycznego i chirurgicznego. Referują: O. Bergmann — Berlin, P. F. Richter — Berlin, Mühsam — Berlin. Do dyskusji wezwani: Boessle — Bazylea, L. Pick — Berlin, Falta — Wiedeń.

IV Zjazd dermatologów francuskiego języka (IV Congrès des dermatologiste et Syphiligraphes de langue française) odbędzie się od 25—27 lipca 1929 w Paryżu. Tematy główne: 1) Rumienie wielopostaciowe. 2) Postacie świerzbiączki (Prurigo). 3) Leczenie malarją w powikłaniach nerwowych przy kile.

Ze względu na to, że na ostatnim kongresie w Brukseli Polska była reprezentowana tylko przez jednego dermatologa, zachęcamy Kolegów do jak najliczniejszego wzięcia udziału. Bliższych wiadomości udziela prof. Karwowski, Poznań, ul. 27-go Grudnia 18.

Redakcja otrzymała:

Marcel Labbé et H. Stévenin: „Le métabolisme basal". Masson et Cie Paris 1929.

H. Chabanier, M. Lebert et C. Lobo - Ouell: „Physiopatologie et traitement du diabète sucré". Masson et Cie Paris 1929.

Serge Huard: „Les accidents de la cholécystectomie". Les plaies du pédicule hépatique leurs causes. Une technique pour les éviter. Masson et Cie, Paris 1929.

Tad. Wąsowski: „Kiła ucha". Odb. z Polsk. Przeglądu otolaryngologicznego tom V, zesz. 1, 2, 3 i 4 z r. 1928 i tom VI, zeszyt 1—2 z r. 1929.